

AUS DEM LEHRSTUHL
FÜR ANÄSTHESIOLOGIE
PROF. DR. MED. BERNHARD M. GRAF, MSc.
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**ANALYSE VON ETHISCHEN KONFLIKTEN IN DER
INTENSIVMEDIZIN BEI ÄRZTEN UND PFLEGENDEN**

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Tobias Kagerl

2014

AUS DEM LEHRSTUHL
FÜR ANÄSTHESIOLOGIE
PROF. DR. MED. BERNHARD M. GRAF, MSc.
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**ANALYSE VON ETHISCHEN KONFLIKTEN IN DER
INTENSIVMEDIZIN BEI ÄRZTEN UND PFLEGENDEN**

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Tobias Kagerl

2014

Dekan:

Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Thomas Bein

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. Bernd Salzberger

Tag der mündlichen Prüfung:

03.06.2015

Meiner Mutter

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Ethische Prinzipien in der Medizin.....	1
1.2. Zunahme ethischer Konflikte in der modernen Hochleistungsmedizin.....	2
1.3. Besondere Belastungssituation auf Intensivstationen	4
1.4. Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens.....	8
1.5. Die Ethische Fallberatung als Stütze bei Entscheidungsproblemen	9
1.6. Das Klinische Ethikkomitee am Universitätsklinikum Regensburg.....	11
2. Fragestellung/Zielsetzung.....	12
2.1. Analyse der ethischen Belastungen des Personals	12
2.2. Erwartungen an eine ethische Fallberatung.....	13
2.3. Wichtigkeit medizin- und pflegeethischer Fortbildungen	14
3. Methoden	14
3.1. Erstellung des Fragebogens.....	14
3.2. Befragtes Mitarbeiterkollektiv	15
3.3. Durchführung der Befragung	16
3.4. Statistische Auswertung mit SPSS.....	16
4. Ergebnisse	17
4.1. Beschreibung des teilnehmenden Mitarbeiterkollektivs	17
4.1.1. Rücklauf der Fragebögen unter Pflegenden und Ärzten	17
4.1.2. Geschlechterverteilung.....	18
4.1.3. Altersverteilung	18
4.1.4. Berufserfahrung	20
4.2. Ethische Konflikte	20
4.2.1. Arbeitsbereiche mit ethischen Konflikten	20
4.2.2. Ausmaß der Belastung.....	31
4.2.3. Ansprechpartner bei persönlichen ethischen Konflikten.....	34
4.2.4. Wichtigkeit ethischer Gesichtspunkte bei Ärzten und Pflegenden	35
4.3. Die ethische Fallberatung	36
4.3.1. Bekanntheitsgrad der ethischen Fallberatung	36
4.3.2. Persönliche Erfahrungen mit ethischen Fallberatungen.....	37
4.3.3. Teilnehmer an einer ethischen Fallberatung	37
4.3.4. Initiatoren einer ethischen Fallberatung.....	39
4.3.5. Informationsquellen für eine ethische Fallberatung.....	41
4.3.6. Rolle des Klinischen Ethikkomitees in einer ethischen Fallberatung	42

4.3.7.	Geforderte Leistungen einer ethischen Fallberatung	43
4.3.8.	Dokumentation und Kommunikation des Ergebnisses	45
4.4.	Ethische Fortbildungen	46
4.4.1.	Persönliche Wichtigkeit ethischer Fortbildungen	46
4.4.2.	Häufigkeit ethischer Fortbildungsveranstaltungen	47
5.	Diskussion	49
5.1.	Demographie des teilnehmenden Mitarbeiterkollektivs	49
5.2.	Ethische Belastungen des Intensivpersonals	49
5.3.	Ethische Fallberatung	54
5.4.	Ethische Fortbildungen	57
5.5.	Limitationen und Ausblick	57
6.	Zusammenfassung	58
7.	Literaturverzeichnis	60
8.	Tabellenverzeichnis	65
9.	Grafikverzeichnis	66
10.	Anhang	67
10.1.	Fragebogen	67
10.2.	Lebenslauf	73
10.3.	Eidesstattliche Erklärung	74

*„Wo das Bewusstsein schwindet, dass jeder Mensch uns als Mensch
etwas angeht, kommen Kultur und Ethik ins Wanken.
Das Fortschreiten zur entwickelten Inhumanität ist dann
nur noch eine Frage der Zeit.“ [1]*

*Albert Schweitzer (1875–1965)
deutsch-französischer Arzt, Theologe, Musiker und Kulturphilosoph*

1. Einleitung

1.1. Ethische Prinzipien in der Medizin

Medizin und Ethik sind seit je her miteinander verknüpft, da medizinisches Handeln unweigerlich auf ethischen Wertentscheidungen basiert. So lassen sich bereits aus dem Kernsatz des Hippokratischen Eides aus dem 4. Jahrhundert v. Chr. grundsätzliche ethische Prinzipien ableiten [2].

„Die Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meinem Vermögen und Urteil, mich davon fernhalten, Verordnungen zu treffen zu verderblichen Schaden und Unrecht.“ [Deichgräber 1983]

In diesen Worten sind inhaltlich bereits drei der vier medizinethischen Prinzipien enthalten, die Beauchamp und Childress in ihrem Buch „Principles of Biomedical Ethics“ von 1977 formulierten und seither mit jeder neuen Auflage bestätigen [3]. Das *Prinzip der Fürsorge oder des Wohltuns (beneficence)*, das *Prinzip des Nichtschadens (nonmaleficence)* und das *Prinzip der Gerechtigkeit (justice)*. Dem wachsenden Wunsch nach mehr Selbstbestimmung eines jedes Menschen wurde schließlich mit dem *Prinzip der Autonomie (autonomy)* Rechnung getragen, welches die grundsätzliche Anerkennung von Freiheit und Selbstbestimmung als Kernaussage enthält und somit die Einwilligung des Patienten in medizinische Eingriffe unbedingt voraussetzt [4,5].

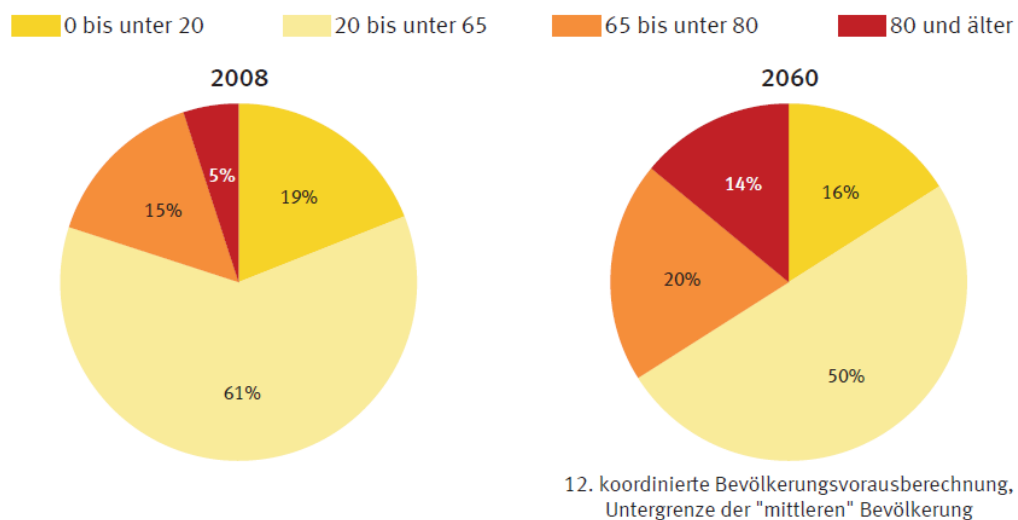
Zentrale Themen der modernen Medizinethik befassen sich u.a. mit Versorgungsstandards, Verteilungsgerechtigkeit und dem würdevollen Umgang mit Patienten, v.a. wenn deren Autonomie durch fehlende Äußerungsfähigkeit im Krankenbett in Gefahr ist [4]. In der Theorie noch gut verständlich und nachvollziehbar, wird die Anwendung der medizinethischen Prinzipien im praktischen Alltag aber deutlich erschwert, zumal durch zunehmende technische Errungenschaften, der immer stärker werdenden Bedeutungsbeimessung des (oftmals nur mutmaßlichen) Patientenwillens und einem wachsendem ethischen Bewusstsein neue Konflikte und Fragestellungen auftauchen, die nicht nur aus ethischen Schwarz- und Weiß-, sondern aus vielen Graubereichen bestehen und einer intensiveren Auseinandersetzung bedürfen. Die oftmals noch unzureichende bis

fehlende medizinethische Ausbildung der in medizinischen und pflegenden Bereichen tätigen Personen tut ihr übriges und führt dazu, dass Pflegende und Ärzte regelmäßig vor scheinbar unüberwindbaren ethischen Konflikten am Krankenbett stehen [4].

1.2. Zunahme ethischer Konflikte in der modernen Hochleistungsmedizin

Potentiell kann es für jeden Mitarbeiter in praktischen Gesundheitsberufen zu ethischen Konflikten innerhalb des eigenen Arbeitsbereiches kommen, wenn sich die persönliche Auffassung einer idealen Versorgung eines Patienten nicht mit der tatsächlich vorliegenden deckt [6]. Das Zusammentreffen verschiedener gesellschaftlicher Faktoren begünstigte in den letzten Jahrzehnten die vermehrte Entstehung einer Vielzahl von ethischen Konfliktfeldern in der krankenhäuslichen Patientenversorgung.

Der demographische und soziokulturelle Gesellschaftswandel stellt einen dieser verschärfenden Faktoren dar. Zum einen verdeutlicht sich im Kontext des stetig wachsenden Pluralismus unserer Gesellschaft mit seinen zahlreichen divergierenden Lebensentwürfen und Glaubensbekenntnissen auch die berechtigte Forderung des Einzelnen, Behandlungsentscheidungen im Zuge des Selbstbestimmungsrechts individuell an den persönlichen Werten eines jeden Patienten zu orientieren [7]. Zum anderen ist der Anteil an älteren und ältesten Menschen in der Bevölkerung seit Jahrzehnten stetig ansteigend. Diese Entwicklung ist in vielerlei Hinsicht dramatisch zu bewerten und wird zu einem Teil selbst durch die Errungenschaften und Erfolge der modernen Medizin begünstigt [8–10]. Während im Jahr 2008 nur ca. 20% der Menschen in Deutschland 65 Jahre und älter waren, wird es im Jahr 2060 prognostisch bereits mehr als jeder Dritte sein. Auch die Zahl der sehr alten Menschen über 80 Jahre wird sich in diesem Zeitraum voraussichtlich von 5% auf bis zu 14% erhöhen [11] (siehe Grafik 1). Diese Entwicklung spiegelt sich natürlich konsequent auch am Patientenkontext in den Krankenhäusern wieder. So ist auch der Anteil sehr alter Patienten (über 80 Jahre) auf Intensivstationen in einer großen retrospektiven Studie aus Australien nachweislich stetig ansteigend [12]. Da neben dem Lebensalter an sich auch die altersabhängige Komorbidität, vor allem chronische Erkrankungen wie Nieren- und Herzinsuffizienz, die Prognose des Patienten herausragend (negativ) beeinflussen [8], führt dieses Setting immer häufiger dazu, dass Patienten in hohem Alter multimorbide an ihrem Lebensende stehen und schwierige Entscheidungen über das weitere medizinische Vorgehen (sog. *end-of-life decisions*) getroffen werden müssen.



Statistisches Bundesamt

Grafik 1 Bevölkerung nach Altersgruppen [11]

Dank des enormen wissenschaftlichen, technischen und klinischen Fortschritts hat sich aber für Mediziner eine breite Palette an Behandlungsoptionen eröffnet, die frühere therapeutische Grenzen zusehends verblassen lassen und selbst bei hochgeriatrischen Patienten zu teilweise erstaunlichen Erfolgen führen. So ermöglichen beispielsweise verbesserte Möglichkeiten der Organersatztherapie (ECMO, Dialyse) und invasive chirurgische Interventionen im Bereich der rekonstruktiven Gefäßchirurgie bei Traumapatienten oder der Transplantationsmedizin eine Behandlung auch bei älteren und schwerkranken Patienten [4,7]. Dabei wird zumindest zeitweise das Über- und Weiterleben eines Patienten oft nur durch den Einsatz hochtechnisierter Apparatedizin ermöglicht, welche sich leicht zwischen die Beziehung Arzt-Patient drängt und den Patienten zum Gegenstand technischer Handhabung und von Parametern der Körperfunktionen degradieren kann [13]. Insbesondere auf Intensivstationen, auf denen es sich um Standardverfahren handelt, besteht die Gefahr, dass durch den notgedrungenen Einsatz modernster Technik und Apparate der Blick von einem eingeleiteten und häufig nur künstlich hinausgezögerten Sterbeprozess abgelenkt wird und sich die Grenze zwischen Leben und Sterben zunehmend verbreitert, bis beide schließlich nicht mehr klar voneinander abzugrenzen sind [14]. In der Folge wird man als Arzt und Pfleger leicht dazu verleitet, durch ein Festhalten an den scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten der modernen Intensivmedizin die aktive Auseinandersetzung mit dem Lebensende des Patienten zu vermeiden [15]. Das *American College of Critical Care Medicine* hat deshalb in einem 2008 veröffentlichten Statement noch einmal betont, dass die optimale Versorgung

von Patienten an ihrem Lebensende (sog. *end-of-life care*) als hochkomplexes und anspruchsvolles Gebiet der Intensivmedizin die gleichen Anforderungen an das Wissen und die Kompetenz des behandelnden Intensivmediziners stellt als beispielsweise die vielen Facetten einer angestrebten Maximaltherapie. Dabei ist es von eminenter Wichtigkeit, dass ein Arzt überhaupt in der Lage ist zu erkennen bzw. zu akzeptieren, wenn ein unaufhaltsamer Sterbeprozess eingetreten ist [16,17]. Durch die Kombination der Möglichkeit einer hochtechnisierten, apparategestützten Maximaltherapie am Lebensende eines multimorbiden, geriatrischen Patienten entsteht somit ein Spannungsfeld, welches ein laufendes Überprüfen der Indikation medizinischer Maßnahmen sowie des Willens des Patienten erfordert und sehr leicht ethische Konflikte und Fragestellungen aufwerfen kann [4,9]. Diese Problematik, die selten in einer derartigen Brisanz erlebt wird wie auf dem Gebiet der Intensivmedizin, wird im Unterpunkt „1.3 Besondere Belastungssituation auf Intensivstationen“ noch genauer erläutert.

Abseits von den Schleusen der Intensivstationen entstehen durch den wachsenden technischen Fortschritt in der Medizin noch weitere medizinethische Konfliktfelder, welche teilweise sogar mit breitem öffentlichem Interesse ihren Weg in die Schlagzeilen finden. Ein prominentes Beispiel stellen die seit einigen Jahren geführten Diskussionen über die immer ausgereifteren Möglichkeiten der Pränataldiagnostik dar. Kritiker stellen neben der Beurteilung des Gesundheitszustandes des noch ungeborenen Kindes vor allem die damit verbundene Option zur abortierenden Intervention im Falle eines höchstwahrscheinlich behinderten Kindes in Frage [18]. Auch Themen der Organspende und der damit verbundenen Verteilungsgerechtigkeit beschäftigen nicht nur Medizinethiker, sondern sorgten auch jüngst in der allgemeinen Bevölkerung für hitzige Debatten [19,20].

1.3. Besondere Belastungssituation auf Intensivstationen

Im Vergleich zu Pflegestationen findet das weiter oben beschriebene Szenario auf Intensivstationen fast täglich statt, denn der typische intensivmedizinische Patient ist häufig entweder akut verletzt oder befindet sich multimorbide und meist auch in hohem Alter an seinem Lebensende. Es stellt für das behandelnde Team eine große Herausforderung dar, in diesem sensiblen Kontext Entscheidungen über das weitere medizinische Vorgehen zu treffen, die sich sowohl mit dem eigenen Gewissen als auch mit den Erwartungen des Patienten bzw. seiner Angehörigen in Einklang bringen lassen. Durch das wachsende

ethische Bewusstsein in der Medizin und dem allgemeinen Wunsch nach mehr Selbstbestimmung nehmen neben den Diskussionen über anzustrebende Therapieziele, Therapiemaßnahmen und Therapiebegrenzungen am Lebensende auch die Anforderungen an den Entscheidungsträger deutlich zu. Laut einer portugiesischen Studie aus dem Jahr 2012 gehören Entscheidungsfindungen unter solchen erschwerten Bedingungen auf Intensivstationen zur Tagesordnung und stellen eine der Hauptbelastungen für Intensivpflegende dar [21]. Die Relevanz dieses Sachverhalts wird durch die sogenannte „*Ethicus Study*“ [22] noch unterstrichen, welche belegt, dass bei auf europäischen Intensivstationen verstorbenen Patienten in über 70% eine Therapiereduktion vorausging. Laut *Truog et al.* verstirbt sogar mehr als jeder fünfte US-Amerikaner (22%) auf einer Intensivstation [16]. Diese Zahlen legen die Vermutung nahe, dass der Tod auf Intensivstationen zwar sehr häufig ist, in der Mehrheit der Fälle aber nicht überraschend eintritt [23]. Damit lässt sich eine hohe Prävalenz derartiger ethischer Konflikte erklären und man kann nachvollziehen, warum daraus sogar tägliche Belastungen für die Mitarbeiter entstehen können.

In den Prozess der Entscheidungsfindung über das weitere Vorgehen am Lebensende eines Patienten sollten neben den harten medizinischen Fakten wie Indikation und Risiken von fraglichen Therapien selbstverständlich vor allem patientenbezogene Werte miteinfließen [24,25]. In erster Linie zählt dazu natürlich der Wille des Patienten, aber auch die individuelle Prognose und anschließende (vom Patienten subjektiv empfundene) Lebensqualität sind von eminenter Wichtigkeit. Auch wenn der Intensivpatient am Ende seines Lebens in den häufigsten Fällen nicht äusserungs- bzw. selbstbestimmungsfähig ist, bleibt der Patientenwille eine der wichtigsten Säulen der Entscheidungsfindung, sodass versucht werden muss, anhand des mutmaßlichen Willens eines Patienten einen Entschluss zu finden [9]. Sofern vorhanden, sollte bei einwilligungsunfähigen Patienten auf ihre Patientenverfügung zurückgegriffen werden, denn diese stellt trotz einiger praktischer Probleme ein wichtiges Instrument zur vorsorglichen Willensäußerung dar [9,24]. Durch das 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (3.BtÄndG), das am 18.06.2009 vom Deutschen Bundestag beschlossen wurde, erfuhr der Wille des Patienten jüngst auch eine eindeutige rechtliche Stärkung [26]. Neben der Verdeutlichung der Wichtigkeit von Patientenverfügungen im neu hinzugefügten Paragraph §1901a BGB wurde auch für den Fall des Nichtvorliegens einer Patientenverfügung die Bedeutung des mutmaßlichen Patientenwillens und die Wichtigkeit dessen Exploration betont. Anhand früherer mündlicher und schriftlicher Äußerungen sowie der individuellen ethischen und religiösen Wertvorstellung des Patienten soll der mutmaßliche Wille ermittelt und auf zu treffende Entscheidungen über das Schicksal des intensivpflichtigen, nicht äusserungsfähigen

Patienten angewandt werden. Unschwer vorstellbar ist, dass sich dies in der Realität häufig nicht ohne weiteres umsetzen lässt und allen Beteiligten im konkreten Ernstfall einiges an Stabilität abverlangt sowie Probleme verursachen kann. Die Angehörigen eines Patienten stellen ein wichtiges Bindeglied zum bewusstlosen Patienten dar und sollen daher in jeden Fall über den mutmaßlichen Willen des Patienten befragt werden, viele sind aber in dieser Situation als vermeintlicher Entscheidungsträger über Leben und Tod des Angehörigen völlig überfordert und der rationalen Beurteilung der Lage entmachtet [23].

Solange sich die medizinische Indikation einer geplanten Therapie mit dem Wunsch des Patienten deckt, herrscht meistens Einigkeit innerhalb des Behandlungsteams. Probleme treten spätestens dann auf, wenn diese Kongruenz durch eine der beiden Seiten aufgehoben ist, bzw. der Wille des nicht äusserungsfähigen Patienten nur gemutmaßt werden kann. Ist ein Patient offenkundig gegen eine bestimmte therapeutische Maßnahme, ist dies trotz einer vielleicht bestehenden Indikation zu berücksichtigen.

Umgekehrt ist die Situation deutlich konfliktgeladener, Fragen wie: „Ist ein Therapieverzicht gegen den Willen des Patienten ethisch begründbar?“ [27] führen immer wieder zu Diskussionen und sorgen dementsprechend häufig auch am Krankenbett für ethische Dilemmata unter den Beteiligten. Um derartige Konstellationen bewältigen zu können, empfiehlt sich bei Entscheidungen zur Therapiereduktion am Lebensende eine klare Orientierung am angestrebten Therapieziel, welches einmal gefasst, regelmäßig kontrolliert und gegebenenfalls abgeändert werden sollte [24]. Die Neudefinition von Therapiezielen und die adäquate Änderung der therapeutischen Maßnahmen stellt eine der häufigsten und zugleich schwierigsten Herausforderungen für Mediziner bei der Behandlung von Patienten am Lebensende dar [28]. Das Finden eines „moralisch richtigen“ Weges unter Berücksichtigung der oben genannten medizinethischen Grundprinzipien ist dabei deutlich erschwert, denn in vielen Fällen sind weder die Prognose und anschließende Lebensqualität des Patienten, noch der mutmaßliche Patientenwille abschätzbar. In der Folge herrscht oft Ratlosigkeit und Unsicherheit über Indikation und Reduktion von therapeutischen Maßnahmen innerhalb des behandelnden Teams [4,7,9,21]. Der verantwortliche Arzt muss sich in diesem Fall zwischen den verschiedenen Optionen Therapieverzicht, Therapieerhalt, Therapiereduktion und Behandlungsabbruch entscheiden [29]. Klinik-Leitlinien zur Therapiezieländerung können ihm dabei eine handfeste Hilfestellung bieten, wie eine prospektive Evaluationsstudie an einem Münchener Universitätsklinikum von Jox *et al.* zeigte. Ein Jahr nach Einführung der entsprechenden Leitlinie im September 2004 gaben Ärzte eine deutliche erhöhte Handlungssicherheit bei gleichzeitigem Zuwachs von medizinrechtlichem Wissen und erhöhter Wertschätzung von

Patientenverfügungen an. In erster Linie profitierten davon die noch unerfahreneren Assistenzärzte [30].

Sobald eine kurative Zielsetzung verlassen wird und damit die Indikation für heilende Therapiemaßnahmen nicht mehr gegeben ist, müssen diese auch und vor allem in der Intensivmedizin einer palliativen Betreuung weichen [25]. Es gilt jegliche unnötige Belastung für den Patienten soweit wie möglich zu minimieren und eine optimale Basistherapie mit all ihren unverzichtbaren Elementen aufrecht zu erhalten [24,31]. Vor allem in einer solchen unabwendbaren Situation steht der Arzt vor einer Vielzahl an anspruchsvollen und mitunter sehr belastenden Aufgaben und Pflichten der Palliativmedizin. Neben einem bestmöglichen pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Management zur Schmerz- und Symptomkontrolle während des Sterbeprozesses gilt es auch, die effektive Kommunikation innerhalb des behandelnden Teams aus Ärzten verschiedener Fachrichtungen und Pflegenden sowie die stützende Betreuung der Angehörigen bis zum Tod des Patienten zu beherrschen. Wichtig ist auch, junge Kollegen und Studenten auf mögliche ethische Konflikte und Problematiken am Lebensende eines Patienten hinzuweisen und sie dafür zu sensibilisieren, um ihre zukünftige Entstehung bereits im Vorfeld zu minimieren [16]. Auch durch den höheren fachlichen Anspruch, welcher mehr Verantwortlichkeit und Entscheidungsautonomie beinhaltet, erfährt intensivmedizinisches Pflegepersonal im klinischen Arbeitsalltag vergleichsweise häufiger ethische Konflikte als Pflegepersonal auf Pflegestationen. Intensivpflegende stehen unter dem Druck, schnelle und situationsadaptierte Entscheidungen in einem Gebiet ohne klar definierte Leitlinien und Standardprozeduren treffen zu müssen, was erwartungsgemäß zu Unwohlsein und persönlichen ethischen Konflikten führt [21]. Diese Problematik kann auf intensivmedizinisch tätige Ärzte, mutmaßlich sogar in höherem Ausmaß, übertragen werden. Der verständliche Anspruch, höchste Qualität in der medizinischen Versorgung zu leisten, wird durch den allgegenwärtigen Kostendruck und Ressourceneinsparungen zu einem persönlichen Konflikt. Selbst wenn unter den beschränkenden Rahmenbedingungen das Bestmögliche getan wurde, ist der persönliche Anspruch des Pflegenden häufig nicht befriedigt [32].

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Potenzial zur Entstehung verschiedenster ethischer Konflikte und Fragestellungen in der Intensivmedizin in besonderem Maße gegeben ist und ihre Bewertung und Lösung neben „klassischen“ Feldern wie Beatmung oder künstliche Ernährung immer mehr die Rolle einer intensivmedizinischen Kernkompetenz einnimmt [33].

1.4. Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens

Das zunehmende Bewusstwerden von ethischen Konfliktherden in der Medizin hat dazu geführt, dass weltweit in immer mehr Kliniken Möglichkeiten der Ethikberatung eingeführt werden. Nicht zuletzt dadurch, dass das Vorhandensein eines klinischen Ethikkomitees (KEK) in den USA bereits seit 1991 unabdingbare Voraussetzung zur Akkreditierung des Krankenhauses ist, gab es laut einem Längsschnitt mehrerer verfügbarer Untersuchungen im Jahr 2005 bereits in 9 von 10 amerikanischen Krankenhäusern ein klinisches Ethikkomitee [34,35].

In Europa wird eine ähnliche Entwicklung, wenn gleich auch merklich abgeschwächt und verlangsamt, deutlich. Beispielsweise stieg in Großbritannien die Zahl registrierter klinischer Ethikkomitees innerhalb von 10 Jahren von 20 im Jahr 2001 zu 85 Ethikkomitees im Jahr 2011 an [36,37]. Auch in Deutschland entwickelt sich dieser Trend im Vergleich zu den USA deutlich verzögert.

Im März 1997 empfahlen sowohl der evangelische, als auch der katholische Krankenhausverband die Einrichtung von Klinischen Ethikkomitees in christlichen Krankenhäusern [38], woraufhin im Oktober 2003 jedoch erst 6,5% (entspricht 51 KEKs auf ca. 800 Krankenhäuser) ein KEK institutionalisiert hatten. Zeitgleich lagen die nicht-konfessionell geführten Kliniken mit etwas über 0,5% (entspricht 8 KEKs auf 1450 Krankenhäuser) deutlich zurück [35]. Doch auch in Kliniken mit nicht-kirchlichen Trägern sind Ethikberatungsinstitutionen nicht zuletzt durch Zertifizierungs- und Qualitätssicherungsbestreben im Kommen [34,39]. So haben Anfang des Jahres 2006 insgesamt bereits über 200 deutsche Kliniken eine Ethikberatung institutionalisiert und die meisten Universitätskliniken verfügen mittlerweile über ein klinisches Ethikkomitee. Parallel dazu haben sich auch bereits in vielen Pflegeeinrichtungen im ambulanten wie teilstationären Bereich Ethikberatungen auf eigene Initiative hin gegründet [40,41].

Eine solche Beratung kann in unterschiedlichen Formen organisiert sein: Die „klassische“ Form der Ethikberatung in einem Krankenhaus findet durch ein KEK statt, wie es auch am Universitätsklinikum Regensburg vorhanden ist. Andere Möglichkeiten sind Ethikarbeitsgruppen, Ethikvisiten, Ethikausschüsse oder Ethikforen, sowie die Einzelfallberatung durch beauftragte Einzelpersonen oder ausgebildete Ethikberater [10,40,42]. Prinzipiell kann jeder interessierte Mitarbeiter Mitglied in einer ethischen Beratungseinrichtung werden, „persönliche Glaubwürdigkeit, Ernsthaftigkeit und Unabhängigkeit“ sollten jedoch als unverzichtbare Voraussetzung gegeben sein [40].

Zu den drei Hauptaufgaben einer Ethikberatung zählen die Durchführung von individuellen ethischen Fallberatungen im Bedarfsfall, das Erstellen von Leitlinien und Empfehlungen zu

wiederkehrenden ethischen Konflikten sowie die Organisation und Durchführung von Informationsveranstaltungen und Fortbildungen zu medizin- und pflegeethischen Themen für Mitarbeiter und Patienten [39–41].

Die Ziele von Ethikberatungen im Gesundheitswesen sind allgemein die vermehrte Sensibilisierung der Betroffenen für ethische Problemstellungen sowie die Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit diesen, nicht zuletzt durch ein vermehrtes Wissen in Medizin- und Pflegeethik. Speziell soll die Konfliktbewältigung und ethische Kompetenz des Einzelnen durch die Förderung von kommunikativen Skills, strukturiertem Vorgehen und gemeinschaftlicher Reflexion der angeführten moralischen Standpunkte langfristig gestärkt werden. Übergeordnet soll also eine Ethikberatung durch Förderung des Einzelnen und Ermöglichung eines transparenten und moralisch für alle Beteiligten akzeptablen Entscheidungsprozesses die Lösung von ethischen Konflikten und damit letztendlich auch die Versorgungsqualität von Patienten verbessern [41].

1.5. Die Ethische Fallberatung als Stütze bei Entscheidungsproblemen

Die ethische Einzelfallberatung ist ein wichtiges Instrument, das zur Lösung von ethischen Konflikten bei medizinisch schwierigen Entscheidungen beim individuellen Patienten beitragen kann. Sie zählt zu den Kernaufgaben der klinischen Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens [40], und wird mittlerweile als unabdingbare Grundvoraussetzung für eine hochqualitative Patientenversorgung betrachtet [24]. Dies gilt insbesondere für Krankenhäuser der maximalen Versorgungsstufe, da dort gehäuft hochkomplexe Situationen mit einem besonderen ethischen Konfliktpotenzial auftreten [34]. In einer Studie von *Schneiderman et al.* wurde gezeigt, dass bei gleich bleibender Sterblichkeit die Behandlungstage auf Intensivstationen und damit auch der Zeitraum künstlicher Beatmung und Ernährung durch Ethische Fallberatungen signifikant reduziert werden können. Neben dem angestrebten Verringern von ungewolltem Leiden des Patienten durch nutzlose lebensverlängernde Maßnahmen beinhaltet der positive Effekt einer Ethischen Fallberatung somit auch eine beträchtliche ökonomische Dimension, da durch die Möglichkeit der Beratung im Bedarfsfall schätzungsweise ca. 5000 US\$/Patient eingespart werden können [43,44].

Bei einer ethischen Fallberatung handelt es sich grundsätzlich um ein freiwilliges Beratungsangebot, welches bei entsprechender Anfrage aus dem Behandlungsteam, seitens der Angehörigen oder vom Patienten selbst initiiert werden kann [40]. Die Beratung kann, einem „Konsilmodell“ entsprechend, durch beauftragte Ethikfachpersonen erfolgen

oder aber von einem Beratungsteam durchgeführt werden, das häufig eine Untergruppe des klinischen Ethikkomitees darstellt und aus ethikinteressierten Ärzten, Pflegenden, Seelsorgern oder Vertretern anderer Berufe besteht, welche sich das notwendige Grundwissen in Lehrveranstaltungen oder im Eigenstudium angeeignet haben [33,42]. Hinsichtlich der Strukturierung des Beratungsangebots durch ein Team des Klinischen Ethikkomitees bestehen verschiedene Möglichkeiten. Berät sich das KEK separiert von allen Beteiligten rein auf Basis der Aktenlage und teilt den Beschluss der Station nur mit, spricht man vom sogenannten „Expertenmodell“. Nimmt zumindest eine, „delegierte“, stationszugehörige Person an einem solchen Beratungsgespräch Teil, handelt es sich um ein sogenanntes „Delegationsmodell“. Beide Methoden bergen unbestreitbare Nachteile, da auch bei erfolgreicher Beschlussfindung durch das KEK mangels eines gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesses weder dessen Akzeptanz noch die Stärkung der moralischen Kompetenzen auf Station gewährleistet ist. Die transparenteste und daher anzustrebende Variante ist aber das „Prozessmodell“, welches idealerweise direkt auf Station unter Berücksichtigung aller verfügbaren Informationen stattfindet und mit Hilfe möglichst vieler Beteiligter eine gemeinsame, für jeden akzeptierbare Lösung erarbeitet [45]. In dieser Form findet auch die klinische Ethikberatung am Universitätsklinikum Regensburg Anwendung.

Der Handlungsablauf einer ethischen Fallberatung sollte an jeder Einrichtung nach einem festgelegten Schema erfolgen, da ein strukturiertes Vorgehen ein gewisses Maß an Objektivität der ethisch fundierten Entscheidungsfindung garantiert [15]. Im Folgenden wird der Ablauf einer Einzelfallberatung exemplarisch am Beispiel des Universitätsklinikums Regensburg beschrieben. Sieht eine betroffene Einzelperson oder Behandlungsgruppe Bedarf an einer Einzelfallberatung, wird ein Formular mit einer Beschreibung des Problems, den teilnehmenden Personen sowie einem Terminvorschlag an die Stabsstelle Qualitätsmanagement gefaxt und dort an die Annahmestelle des Klinischen Ethikkomitees weitergeleitet. Ein Mitglied der Beratungsgruppe koordiniert daraufhin mit allen Teilnehmern Ort und Termin der geplanten Beratung. Nach der Durchführung der Beratung durch 2 Mitglieder des KEKs mit gemeinschaftlicher Diskussion wird das Ergebnis schriftlich in einem Protokoll dokumentiert [33]. Die Anonymität des Patienten ist dabei soweit wie möglich zu wahren, sofern dies nicht möglich ist unterliegen alle Teilnehmer der Schweigepflicht [40].

Ziel einer jeden ethischen Fallberatung ist im Idealfall die *Konsensfindung*, d.h. unter Berücksichtigung aller medizinischen und pflegerischen Fakten sowie verschiedener moralischer Aspekte sollen die bestehenden Probleme analysiert, die möglichen Handlungsoptionen erörtert und schließlich in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess

eine Empfehlung für das weitere Vorgehen gefunden werden [46]. Dabei obliegt es dem Beratungsteam, den Fokus weg von einem abschließenden Votum hin zur Moderation der konstruktiven Diskussionsrunde zu lenken, da dies in der Praxis die gemeinschaftliche Entscheidungsfindung wesentlich wirkungsvoller fördert [40]. Fachlich kompetente Außenstehende, die nicht unmittelbar an der Versorgung des Patienten beteiligt sind, sorgen dabei in besonderem Maß für die Objektivität der Entscheidungsfindung, da sie durch ihren „kritischen Außenblick“ neue Perspektiven und Sichtweisen zur Diskussion beitragen können [15].

Wichtig ist, dass dabei keine reine Orientierung am medizinisch Machbaren stattfindet, sondern in erster Linie die Anamnese, die individuellen Lebenspläne, Wertvorstellungen und Behandlungspräferenzen des Patienten vor dem Hintergrund der angestrebten Therapieziele mit den zu erwartenden Heilungschancen und der anschließenden Lebensqualität in den Prozess der Entscheidungsfindung einfließen [24]. Besonders zu betonen ist, dass eine im Rahmen einer ethischen Fallberatung ausgearbeitete Entscheidung reinen Empfehlungscharakter hat und den behandelnden Arzt nicht unter Handlungsdruck setzen soll. Der behandelnde Arzt wird durch das Votum in keiner Weise in seinen Therapieoptionen eingeschränkt und muss die endgültige Entscheidung mit dem Wissen der vollen haftungs- und strafrechtlichen Verantwortlichkeit selbstständig treffen [40].

1.6. Das Klinische Ethikkomitee am Universitätsklinikum Regensburg

Ethikberatung wird am Universitätsklinikum Regensburg seit 2007 in Form eines Klinischen Ethikkomitees (KEK) angeboten. Das KEK wurde als interdisziplinäre Plattform institutionalisiert und dient der Orientierung, Information und Beratung bei ethischen Fragestellungen unterschiedlicher Art. Es soll dazu beitragen, dass „Verantwortung, Selbstbestimmung, Vertrauen, Respekt, Rücksicht und Mitgefühl als bewusste moralische Werte Entscheidungen und den Umgang mit Patienten und Mitarbeitern am Klinikum prägen“ [47].

Zu Beginn des Jahres 2013 besteht das KEK aus 23 Mitgliedern, wobei bewusst auf eine Beteiligung von Mitgliedern aus verschiedenen Berufsgruppen Wert gelegt wird. Dadurch wird der multidisziplinäre Charakter des Komitees gewahrt, was die Ergebnisqualität des Beratungsprozesses positiv beeinflussen soll [48]. So besteht das KEK u.a. aus Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Pflegenden, Theologen, Pfarrer, Seelsorger, Juristen, Philosophen und einem Mitarbeiter des Qualitätsmanagements. Um auch die notwendige

Beachtung der Perspektiven von Außenstehenden sicherzustellen, sollen mindestens 3 Mitglieder nicht am Klinikum angestellt sein. Innerhalb des KEKs sind die Mitglieder in zwei Arbeitsgruppen organisiert, um spezielle Aufgaben besser erfüllen zu können.

Die Arbeitsgruppe „Ethische Fortbildung“ hat eine bessere Integration von Ethik in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der verschiedenen Angestellten am Klinikum zum Ziel und leitet Veranstaltungen dazu in die Wege. Wichtige Themenfelder ethischer Bildung sind dabei neben der Erläuterung von Grundbegriffen, Kriterien und Begründungen ethischen Urteilens auch die Klärung der eigenen Wertorientierung und Handlungsmotive sowie das Erläutern von alltäglichen oder hochspezifischen ethischen Herausforderungen.

Die Arbeitsgruppe „Fallberatung“ nimmt über die Stabstelle Qualitätsmanagement Anträge zu gewünschten ethischen Einzelfallberatungen von Mitgliedern des Behandlungsteams entgegen, vereinbart Ort und Termin mit allen Teilnehmern und führt mit einem Moderatorenteam, das in der Regel aus mindestens 2 Mitgliedern des KEK besteht, die Fallberatung durch. Außerdem besteht für Mitarbeiter aller Berufsgruppen die Möglichkeit zum Einzelgespräch bei ethischen Problemen und Fragestellungen.

2. Fragestellung/Zielsetzung

2.1. Analyse der ethischen Belastungen des Personals

Während in den letzten Jahren eine Vielzahl von Publikationen über die verschiedenen ethischen Belastungen des medizinischen Personals erschienen ist, konzentrierten sich die meisten Studien bislang nur auf einen speziellen Problembereich. Ein bereits häufig untersuchtes Gebiet sind z.B. die ethischen Probleme und Fragestellungen bei Entscheidungen zur Therapiereduktion am Lebensende, den sog. *end-of-life decisions* [49–51]. Außerdem spezialisierten sich viele nur auf einzelne Berufsgruppen (meist Pflegende oder seltener Ärzte) [21,32] oder befassten sich *nicht* explizit mit dem in der Einleitung erläuterten ethischen „Brennpunkt“ Intensivmedizin [6,32,52–54]. Häufig wurden die Studienteilnehmer in Interviews zu ihren Erfahrungen mit ethischen Konflikten in früheren, konkreten Patientenfällen gefragt. In einem solchen Studiendesign ist eine zeitliche Quantifizierung der Probleme schwierig, da sich Häufigkeitsangaben meist nur auf die Gesamtzahl der besprochenen Patientenfälle beziehen und keinen zeitlichen Bezug zur tatsächlichen Häufigkeit eines Konflikts im Arbeitsalltag herstellen lassen.

Ein Ziel dieser Arbeit ist nun, anhand eines Fragebogens sowohl Qualität als auch Quantität dieser ethischen Konflikte im Arbeitsalltag der Ärzteschaft als auch des Pflegepersonals auf den Intensivstationen des Universitätsklinikums Regensburg zu analysieren. Es wurde besonderer Wert darauf gelegt, sowohl Pflegepersonen als auch Ärzte miteinzuschließen um etwaige Unterschiede in den Belastungen zu erkennen und - sofern einzelne Schwerpunkte und problematische Situationen identifiziert werden können – dort zukünftig gezieltere Verbesserung zu schaffen, Spannungsfelder zu entschärfen und das Beratungsangebot zu optimieren.

Daneben bestand Interesse darin, welche Ansprechpartner den Mitarbeitern zur Verfügung stehen, um persönlichen ethischen Belastungen Gehör und Linderung zu verschaffen, da das offizielle Beratungsangebot bisher nicht in dem Maße genutzt wurde wie vorerst erwartet. Außerdem soll die aktuelle empfundene Relevanz ethischer Gesichtspunkte bei Ärzten und Pflegenden am Arbeitsplatz sowohl selbstkritisch als auch gegenseitig eingeschätzt werden.

2.2. Erwartungen an eine ethische Fallberatung

Die ethische Fallberatung zählt zu den wichtigsten Instrumenten zur Lösung konkreter ethischer Konfliktsituationen, daher wird besonderes Augenmerk auf diesen Bereich gelegt. Da dieses Beratungsangebot in der Vergangenheit seltener genutzt wurde als erwartet, werden neben dem Bekanntheitsgrad dieser Möglichkeit auch die Anzahl der bisherigen persönlich erlebten ethischen Fallberatungen im eigenen Arbeitsbereich eruiert. Der zweite große Abschnitt beschäftigt sich mit den Erwartungen des Personals an eine ethische Fallberatung. Um eine breitere Akzeptanz des Beratungsangebots zu erzielen, werden die Mitarbeiter nach ihren persönlichen Vorstellungen zu den möglichen Teilnehmern und Initiatoren einer ethischen Fallberatung sowie zu verschiedenen Modellen des Beratungsgesprächs befragt. Dadurch kann die Art und Weise der Beratung in höherem Maß an die Bedürfnisse der Mitarbeiter angepasst und sowohl die Effizienz als auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter weiter gesteigert werden. Hinzuzuziehende Informationen, die Rolle des Klinischen Ethikkomitees und die zu erwartenden Leistungen einer Fallberatung sind neben der Dokumentation des Ergebnisses Punkte, zu denen die Meinung der Mitarbeiter von besonderem Interesse ist.

2.3. Wichtigkeit medizin- und pflegeethischer Fortbildungen

Sollten sich die Erwartungen bestätigen, und Ärzte und Pflegende tatsächlich in regelmäßigen Abständen mit ethischen Konflikten in ihrem Arbeitsbereich konfrontiert werden, bieten sich Fortbildungen zu medizin- und pflegeethisch relevanten Themen an, um das Personal auf zukünftige ethische Konfliktsituationen besser vorbereiten zu können. Um das Ausmaß des Interesses an derartigen Lehrveranstaltungen seitens der Mitarbeiter abschätzen zu können, steht neben der persönlichen Wichtigkeit von Fortbildungen auch die gewünschte Häufigkeit bzw. der anzustrebende Umfang zukünftiger Fortbildungsveranstaltungen im Fokus.

3. Methoden

Um an die benötigten Informationen zur Beantwortung der verschiedenen Fragestellungen zu gelangen, wurde die Befragung der Mitarbeiter anhand eines eigens dafür ausgearbeiteten Fragebogens gewählt.

3.1. Erstellung des Fragebogens

Eine erste Rohversion des hier verwendeten Fragebogens wurde von der Arbeitsgruppe „Ethische Fallberatung“ des Klinischen Ethikkomitees am Universitätsklinikum Regensburg mit dem Ziel erstellt, vermutete ethische Konflikte von Pflegepersonal und Ärzten der Intensivstationen zu erfassen und deren Qualität und Quantität zu erfragen. Außerdem sollten auch bisherige Erfahrungen des Personals mit ethischen Fallberatungen, die hieran geknüpften Erwartungen, sowie das Interesse an Fortbildungen zu medizin- und pflegeethischen Themen in Erfahrung gebracht werden. Als orientierende Vorlage diente dazu teilweise der Fragebogen einer Mitarbeiterbefragung an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) durch das dortige Klinische Ethikkomitee unter Mitwirkung von *Gerald Neitzke* aus dem Jahr 2001 [55].

Nach einer statistischen Beratung durch *Prof. Dr. Michael Koller* vom Zentrum für Klinische Studien des Universitätsklinikums Regensburg wurde die Rohversion hinsichtlich einer besseren statistischen Auswertbarkeit in ihren Frageformulierungen optimiert. Die

endgültige Fassung des Fragebogens, der schließlich an die Mitarbeiter ausgeteilt wurde, war unterteilt in vier Abschnitte:

Abschnitt I	Fragen 1 – 6	Fragen zur Ethik in Ihrem Arbeitsbereich
Abschnitt II	Fragen 7 – 12	Fragen zur ethischen Fallberatung
Abschnitt III	Fragen 13 – 14	Ethische Fortbildung
Abschnitt IV		Angaben zur Person

An persönlichen Daten wurden Alter, Geschlecht, Beruf sowie die Berufserfahrung in Jahren erfragt.

Die Durchführung der Studie wurde von der Ethikkommission und vom Personalrat der Universität Regensburg genehmigt. Ein Exemplar des fertigen Fragebogens ist im Anhang abgebildet.

3.2. Befragtes Mitarbeiterkollektiv

Zielgruppe dieser Umfrage waren alle pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter an den sechs Intensivstationen des Universitätsklinikums Regensburg (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1 Beschäftigte Pflegemitarbeiter und Ärzte an den Intensivstationen des Universitätsklinikums Regensburg (Stand Juli 2012)

Station	Bezeichnung	Beschäftigte (Stand 10.07.2012)	
		Pflegepersonal	Ärzte
81	KUNO-Intensivstation*	23	5
90	Operative Intensivstation	105	22
91	Neurochirurgische Intensivstation	32	9
92	Intensivstation Innere Medizin I	46	10
93	Intensivstation Innere Medizin II	52	10
97	Herzchirurgische Intensivstation	54	11
		345	67

* = Intensivstation der Kinder-Uniklinik für Ostbayern (KUNO)

In der Summe ergab sich damit zum Erfassungszeitraum ein Mitarbeitergut von 412 Personen (345 Pflegestellen, 67 Arztstellen).

3.3. Durchführung der Befragung

Am Montag, 11.06.2012, wurden die Fragebögen auf den einzelnen Intensivstationen des Klinikums verteilt. Dabei wurde jedem Beschäftigten ein identisches Exemplar des Fragebogens in sein Personalfach deponiert. Ein Deckblatt mit einem kurzen Anschreiben des Klinischen Ethikkomitees an die Mitarbeiter erläuterte den Sinn des Fragebogens und wies auf die Anonymität der Auswertung, die Rückgabeboxen und den Stichtag des Rückgabezeitraumes hin. Spätester möglicher Rückgabetermin war Freitag, 13.07.2012, was einem Befragungszeitraum von knapp 5 Wochen entsprach. Durch eine ausreichende Länge des Rückgabezeitraumes wurde sichergestellt, dass auch durch Urlaub oder Krankheit kurz- bis mittelfristig abwesende Mitarbeiter die Möglichkeit hatten, an der Befragung teilzunehmen. Für die Rückgabe der Fragebögen wurde auf jeder Intensivstation an häufig frequentierten Stellen (Aufenthaltsraum, Stützpunkt) eine beschriftete Box aufgestellt. Um eine möglichst hohe Rückgaberate zu erreichen, wurden bereits im Vorfeld die Pflegeleitungen der einzelnen Station gebeten, in Personalbesprechungen auf die Umfrage aufmerksam zu machen und die Mitarbeiter zur Teilnahme zu motivieren. Die Boxen wurden im Befragungszeitraum mehrmals wöchentlich geleert und die bereits abgegebenen Fragebögen eingesammelt. Dabei wurden auf Station anwesende pflegerische und ärztliche Mitarbeiter erneut an die Fragebögen erinnert. Am angekündigten Stichtag wurden die Rückgabeboxen schließlich wieder von den Stationen entfernt.

3.4. Statistische Auswertung mit SPSS

Die Daten der gesammelten Fragebögen wurden mit dem Programm *IBM SPSS Statistics* für Windows (Version 19) statistisch ausgewertet. Dabei wurde vor allem Wert auf die deskriptive Analyse der Angaben gelegt. Besonderer Dank geht hierbei an *Florian Zeman*, Statistiker am Zentrum für klinische Studien des Universitätsklinikums Regensburg, der v.a. zu Beginn der Auswertung bei anfallenden Fragen unterstützend zur Seite stand. Die in der Arbeit vorliegenden Grafiken und Tabellen wurden, sofern nicht anders gekennzeichnet, selbstständig mit Hilfe von *IBM SPSS Statistics* und *Microsoft Office 2010* angefertigt.

4. Ergebnisse

4.1. Beschreibung des teilnehmenden Mitarbeiterkollektivs

4.1.1. Rücklauf der Fragebögen unter Pflegenden und Ärzten

Innerhalb des Rückgabezeitraumes von 11.06.2012 – 13.07.2012 wurden auf allen sechs beteiligten Intensivstationen insgesamt 163 beantwortete Fragebögen anonym abgegeben. Das entspricht bei einer Gesamtmitarbeiterzahl von 412 Pflegenden und Ärzten einem Rücklauf von 39,6%. Betrachtet man die einzelnen Berufsgruppen genauer ergibt sich für die Intensivpflegenden ein Rücklauf von 36,5% (N=126 Fragebögen auf 345 Mitarbeiter), für die Ärztebelegschaft 50,7% (N=34 Fragebögen auf 67 Mitarbeiter). Drei Fragebogenteilnehmer äußerten sich nicht zu ihrem Berufsstand, sodass deren Angaben bei Betrachtung von gruppenbezogenen Ergebnissen nicht berücksichtigt werden konnten. Da es bei größeren Umfragen regelmäßig vorkommt, dass nicht jeder Befragte den Fragebogen in seiner Vollständigkeit ausfüllt und jede Frage auswertbar beantwortet, kann nicht bei jedem Ergebnis vom gesamten Teilnehmerkollektiv (N=163) ausgegangen werden. Deshalb wird neben dem numerischen (N) stets auch der prozentuale Wert (%) in der Ergebnisbeschreibung angegeben.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Gruppe der Fragebogenteilnehmer zu 77,3% aus Pflegenden und zu 20,9% aus Ärzten zusammensetzt, wobei sich 1,8% nicht konkret zu einer der beiden Gruppen bekannt haben (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2 Rücklauf der Fragebögen unter Pflegenden und Ärzten

	Gesamt	Pflegende	Ärzte
Mitarbeiter auf allen sechs Intensivstationen des UKR	412	345	67
Abgegebene Fragebögen	163*	126 (77,3%)	34 (20,9%)
Rücklaufquote in %	39,6	36,5	50,7

*Fehlende Berufsangabe bei 3 Teilnehmern (1,8%)

4.1.2. Geschlechterverteilung

Von 163 Fragebogenteilnehmern vermieden es vier Personen eine Angabe zu ihrem Geschlecht zu machen. Die restlichen 159 Mitarbeiter setzten sich zu 69,2% (N=110) aus weiblichen bzw. zu 30,8% (N=49) aus männlichen Mitarbeitern zusammen.

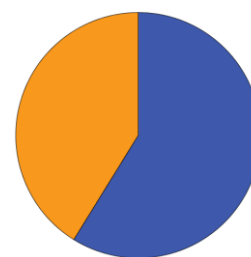
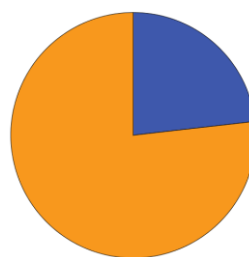
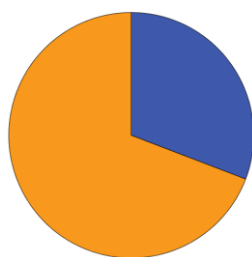
Während die Fragebogenteilnehmer aus der Berufsgruppe der Pflegenden mit einem Anteil von 96 Personen zu über drei Viertel (76,8%) weiblich sind, waren im Gegensatz dazu mehr als die Hälfte (58,8%) der teilnehmenden Ärzte männlich (N=20).

(siehe Tabelle 3)

Tabelle 3 Geschlechterverteilung der Fragebogenteilnehmer

	Gesamt		Pflegende		Ärzte	
	N	%	N	%	N	%
Weiblich	110	69,2	96	76,8	14	41,2
Männlich	49	30,8	29	23,2	20	58,8
Gesamt	159	100	125	100	34	100

■ weiblich
■ männlich



4.1.3. Altersverteilung

Von 163 Fragebogenteilnehmern machten 3 Personen keine Angabe zu ihrem Alter.

Die restlichen 160 Personen setzten sich aus folgenden Altersgruppen zusammen: 0,6% (N=1) waren jünger als 20 Jahre, 32,5% (N=52) zwischen 20 und 29 Jahren, 41,9% (N=67) zwischen 30 und 39 Jahren, 20,6% (N=33) zwischen 40 und 49 Jahren und 4,4% (N=7) waren älter als 50 Jahre.

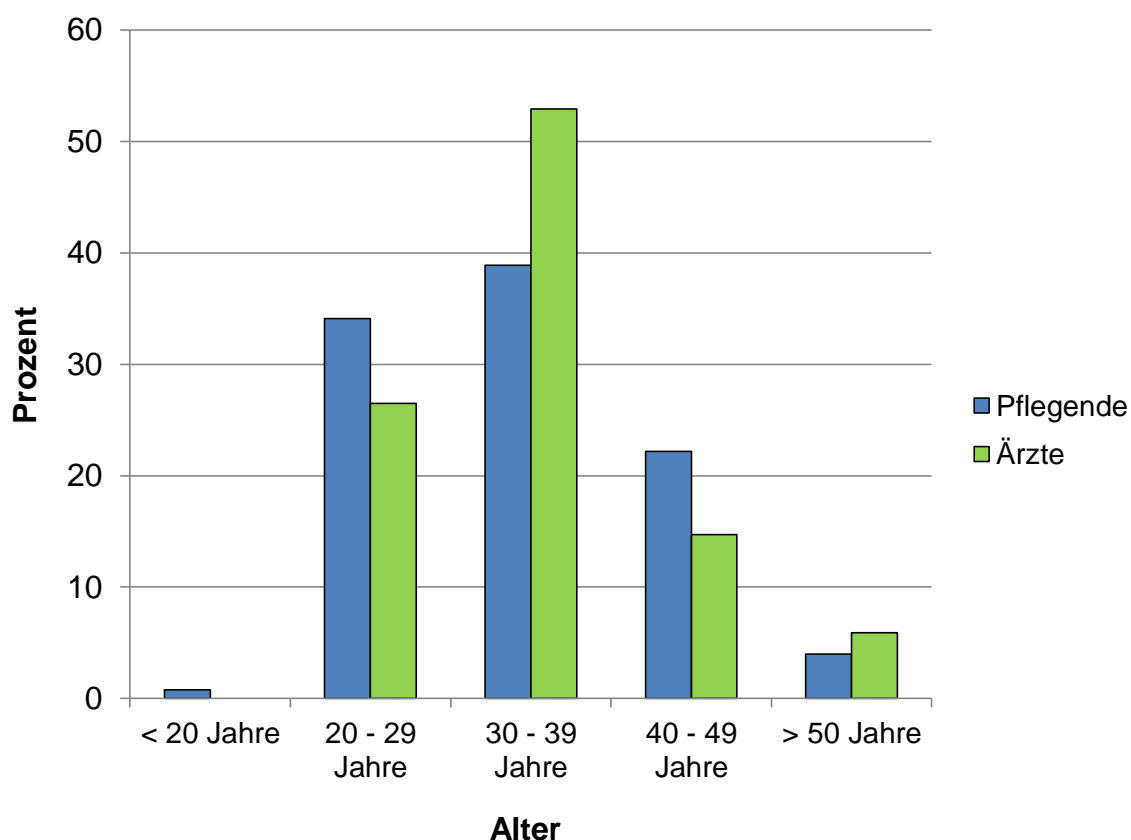
In der Gruppe der Pflegenden befindet sich eine Person unter 20 Jahre (0,8%), 34,1% (N=43) zwischen 20 und 29 Jahren, 38,9% (N=49) zwischen 30 und 39 Jahren, 22,2% (N=28) zwischen 40 und 49 Jahren. 4,0% (N=5) waren älter als 50 Jahre.

Unter den teilnehmenden Ärzten sind 26,5% (N=9) zwischen 20 und 29 Jahren, 52,9% (N=18) zwischen 30 und 39 Jahren, 14,7% (N=5) zwischen 40 und 49 Jahren sowie 5,9% (N=2) älter als 50 Jahre.

Die Altersverteilungen in den einzelnen Gruppen sind in Tabelle 4 sowie Grafik 2 noch einmal veranschaulicht.

Tabelle 4 Altersverteilung der Fragebogenteilnehmer

	Gesamt		Pfleger		Ärzte	
	N	%	N	%	N	%
< 20 Jahre	1	0,6	1	0,8	0	0
20 – 29 Jahre	52	32,5	43	34,1	9	26,5
30 – 39 Jahre	67	41,9	49	38,9	18	52,9
40 – 49 Jahre	33	20,6	28	22,2	5	14,7
> 50 Jahre	7	4,4	5	4,0	2	5,9
Gesamt	160	100	126	100	34	100



Grafik 2 Altersverteilung der Fragebogenteilnehmer

4.1.4. Berufserfahrung

Von den 163 Fragebogenteilnehmern machten 3 Personen keine Angaben zu ihrer bisherigen Berufserfahrung. Die restlichen 160 Mitarbeiter können, wie in Tabelle 5 dargestellt, auf folgende Berufserfahrungen zurückblicken: 0 bis 4 Jahre Erfahrung im Beruf hatten 23,1% (N=37), 5 bis 9 Jahre Erfahrung hatten 20,0% (N=32) und bereits mehr als 10 Jahre Berufserfahrung hatten 56,9% (N=91).

Unter den Pflegenden hatten 19,0% (N=24) 0 bis 4 Jahre, 17,5% (N=22) 5 bis 9 Jahre und 63,5% (N=80) bereits mehr als 10 Jahre Berufserfahrung.

Unter den Ärzten befinden sich 38,2% (N=13) mit 0 bis 4 Jahren, 29,4% (N=10) mit 5 bis 9 Jahren und 32,4% (N=11) mit mehr als 10 Jahren Berufserfahrung.

Tabelle 5 Berufserfahrung der Fragebogenteilnehmer

	Gesamt		Pflegende		Ärzte	
	N	%	N	%	N	%
0 – 4 Jahre	37	23,1	24	19,0	13	38,2
5 – 9 Jahre	32	20,0	22	17,5	10	29,4
10 Jahre und mehr	91	56,9	80	63,5	11	32,4
Gesamt	160	100	126	100	34	100

4.2. Ethische Konflikte

4.2.1. Arbeitsbereiche mit ethischen Konflikten

Die Mitarbeiter sollten in dieser Frage angeben, wie häufig sie in bestimmten Arbeitsbereichen ethische Konflikte erfahren. Dabei standen bei jedem Arbeitsbereich die Optionen „eher täglich“, „eher wöchentlich“, „eher monatlich“, „seltener“ und „nie“ zur Auswahl.

Alle Ergebnisse sind in den Tabellen 6 bis 12 detailliert dargestellt, wobei in Tabelle 6 die Ergebnisse der Pflegenden und in Tabelle 7 die Ergebnisse der Ärzte aller sechs Intensivstationen abgebildet sind.

Es hat sich herausgestellt, dass sich die ethischen Belastungen in der Kinderintensivmedizin deutlich von der Erwachsenenintensivmedizin unterscheiden, weshalb die Ergebnisse teilweise nach Stationstyp getrennt betrachtet wurden. In diesem

Abschnitt stehen die Mitarbeiter der Erwachsenenintensivstation im Vordergrund, nicht zuletzt auf Grund der geringen Anzahl teilnehmender Mitarbeiter der Kinderintensivstation (14 Pflegende, 5 Ärzte), welche allenfalls Vermutungen, nicht aber verlässliche Schlüsse erlaubt. In Tabelle 8 sind die Angaben von Pflegenden und Ärzten auf den Erwachsenenintensivstationen vergleichend gegenübergestellt. Um die mutmaßlichen Unterschiede zwischen den Stationstypen zu verdeutlichen, werden die Ergebnisse der jeweiligen Berufsgruppe aus der Kinderintensivstation in den vergleichenden Tabellen 9 und 10 ihren entsprechenden Ergebnissen aus der Erwachsenenintensivstation gegenübergestellt.

Im Folgenden werden nun einige auffällig häufig genannte Konfliktbereiche näher beschrieben.

Unsicherheiten über den Patientenwillen (Selbstbestimmung)

Insgesamt erleben mit 64,6% (N=80) annähernd zwei Drittel aller Pflegenden auf den Intensivstationen mindestens einmal wöchentlich einen ethischen Konflikt auf Grund von Unsicherheiten über den Patientenwillen, davon 19,4% (N=24) sogar jeden Tag. Wie in Tabelle 6 ersichtlich, gab nicht ein einziger Pflegender an, in der Vergangenheit noch nie einer derartigen Problematik gegenüber gestanden zu sein. Tabelle 9 unterscheidet zwischen der Kinderintensivstation und den 5 Erwachsenenintensivstationen und stellt die Angaben der Pflegenden vergleichend gegenüber. Dabei zeigt sich, dass die anzustrebende Selbstbestimmung der Patienten bzw. Unsicherheiten über den Willen eines Patienten in erster Linie nur in der Versorgung des erwachsenen Patienten eine Rolle spielen. 72,1% der Pflegenden auf Erwachsenenintensivstationen erleben täglich bis wöchentlich einen derartigen Konflikt, auf der Kinderintensivstation keiner der Befragten in dieser Regelmäßigkeit.

Unter den intensivmedizinischen Ärzten zeigen sich ähnliche Ergebnisse. Tabelle 7 zeigt, dass deutlich mehr als die Hälfte (61,8%, N=21) der intensivmedizinischen Ärzte eine mindestens wöchentliche Belastung durch Unsicherheiten über den Patientenwillen angibt, davon sogar mehr als jeder vierte Arzt (26,5%, N=9) eine tägliche. Nur 5,9% der Ärzte (N=2) haben bisher noch nie einen Konflikt durch Unsicherheiten über den Patientenwillen erfahren.

Leben künstlich verlängern

Auch die künstliche Lebensverlängerung wurde von vielen Mitarbeitern als Quelle häufiger ethischer Konflikte identifiziert. Wie in Tabelle 6 dargestellt, berichten mit 57,1% (N=72) deutlich über die Hälfte aller Pflegenden, dass sie mindestens einmal wöchentlich einen persönlichen ethischen Konflikt auf Grund einer künstlichen Lebensverlängerung von Patienten durchmachen. Auch hier zeigt sich im direkten Vergleich (siehe Tabelle 9), dass dies in erster Linie auf Erwachsenenintensivstationen zu Konflikten führen kann. Während dort 63,4% (N=71) der Pflegenden mindestens in einem wöchentlichen Rhythmus durch die künstliche Lebensverlängerung belastet werden, sind dies nur 7,1% (N=1) auf der Kinderintensivstation.

Auch Intensivärzte sehen in der künstlichen Lebensverlängerung ein hohes Konfliktpotenzial. Tabelle 7 zeigt, dass 64,7% (N=22) aller Ärzte dabei mindestens einmal pro Woche einen persönlichen ethischen Konflikt erleben. Unterscheidet man zwischen den Intensivstationen, wie es in Tabelle 10 dargestellt wird, geben 69,0% (N=20) der Ärzte auf Erwachsenenintensivstationen und 40% (N=2) der Ärzte auf Kinderintensivstationen eine mindestens wöchentliche Belastung an.

Wahrung der Menschenwürde

Mindestens einmal pro Woche erleben 58,0% (N=72) der Pflegenden, dass die Wahrung der Menschenwürde von Patienten auf Intensivstationen nicht optimal gegeben ist und daraus ethische Konflikte im eigenen Arbeitsbereich entstehen. Wie in Tabelle 6 ersichtlich ist, leidet mit 29,8% (N=37) fast jeder dritte Pflegende eher täglich unter einer derartigen Situation. Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Stationen zeigt sich wiederum, dass eine mangelhafte Wahrung der Würde eines Patienten v.a. auf Erwachsenenintensivstationen häufig zu ethischen Konflikten unter den Mitarbeitern führen kann. Die gegenüberstellende Tabelle 9 macht die bestehenden Unterschiede offensichtlich. Während auf der Kinderintensivstation „nur“ 21,4% (N=3) derartige Konflikte wöchentlich bis täglich erfahren, ist der Anteil unter den Pflegenden auf den Erwachsenenintensivstationen mit 62,7% (N=69) annähernd dreimal so groß.

Auch die intensivmedizinisch tätige Ärzteschaft erlebt derartige Probleme in einem ähnlichen Ausmaß. Tabelle 7 zeigt, dass 64,7% (N=22) aller Ärzte von eher wöchentlichen bis täglichen Konflikten durch eine unzureichende Wahrung der Würde des Patienten berichten. Bei genauerer Unterteilung (siehe Tabelle 10) setzt sich dieser Wert zusammen

aus 80% (N=4) der Ärzte der Kinderintensivstation und 62,1% (N=18) der Ärzte auf Erwachsenenintensivstationen.

Alltäglicher Umgang mit Patienten

Über die Hälfte der Intensivpflegenden (56,5%, N=70) gibt an, wöchentlich bis täglich allein durch den alltäglichen Umgang mit ihren Patienten persönliche Konflikte erfahren. Die Berechnung dieses Wertes ist mit Tabelle 6 leicht nachvollziehbar. Auch hier scheint im direkten Vergleich, wie er in Tabelle 9 dargestellt ist, die Belastung v.a. auf den Erwachsenenintensivstationen mit einem vorwiegend geriatrischen Patientenkontext gegeben zu sein. Während dort 60,0% (N=66) der Pflegenden täglich bis wöchentlich eine ethische Belastung durch den normalen Umgang mit Patienten erleben, sind es auf der Kinderintensivstation mit 28,6% (N=4) vergleichsweise wenig.

Im alltäglichen Umgang mit ihren Patienten scheinen in erster Linie Pflegende mit ethischen Konflikten in Kontakt zu kommen, denn allein 23,4% (N=29) dieser Berufsgruppe sehen darin eine *eher tägliche* Belastung (Tabelle 6), während es bei ihren ärztlichen Kollegen im Vergleich mit 5,9% (N=2) deutlich weniger sind (Tabelle 7).

Erklärungsansätze dafür könnten der in hohem Maß intensivere Kontakt mit ihren pflegebedürftigen Patienten sein. Während Ärzte mehrere Patienten gleichzeitig betreuen und immer nur punktuell am Krankenbett des Einzelnen stehen, versorgt ein Intensivpflegender meist zwei bis drei Patienten gleichzeitig und kümmert sich während seines Arbeitstages fast durchgehend um diese.

Ethische Probleme in der Pflege

Auch die pflegerische Versorgung der Patienten hat das Potenzial, ethische Probleme zu verursachen, z.B. wenn sie für den Mitarbeiter nicht vollkommen zufriedenstellend gewährleistet werden kann. So zeigt Tabelle 6, dass über die Hälfte aller Pflegenden (52,6%, N=65) angeben, wöchentlich bis täglich in ihrem Hauptaufgabenfeld einen ethischen Konflikt zu erleben. Erwartungsgemäß fällt dieser Wert unter den Ärzten deutlich niedriger aus. Aber wie in Tabelle 7 ersichtlich ist, erfährt immerhin jeder fünfte Mediziner (20,5%, N=7) ethische Konflikte, die in der Pflege begründet sind, in dieser Häufigkeit.

Apparatemedizin

Hochtechnisierte Apparatemedizin stellt bei 46,3% (N=57) aller Pflegenden mindestens wöchentlich einen belastenden Faktor dar, der zu ethischen Konflikten führen kann. Bei Ärzten erlebt sogar mehr als jeder zweite (51,6%, N=17) wöchentlich bis täglich einen Konflikt durch den Einsatz hochtechnisierter Apparate. Die Tabellen 6 und 7 ermöglichen dabei einen anschaulichen Vergleich der unterschiedlichen Angaben beider Berufsgruppen. Da der Einsatz moderner Geräte in vielen Fällen zwangsweise mit lebensverlängernden Maßnahmen und dem konfliktgeladenen Feld der *end-of-life care* verbunden ist, ist es nicht überraschend, dass Mitarbeiter auf Erwachsenenintensivstationen mit vielen multimorbiden und geriatrischen Patienten hochtechnisierte Medizin als belastender empfinden können. Tabelle 9 unterscheidet Erwachsenen- und Kinderintensivstationen und verdeutlicht diese Differenz, denn während 51,3% (N=56) der Pflegenden in der Erwachsenenintensivmedizin eine tägliche bis wöchentliche Belastung durch angewandte Apparatemedizin angeben, sind es auf der Kinderintensivstation lediglich 7,1% (N=1).

Arbeitsbereiche mit auffallend geringer ethischer Belastung

Es zeigte sich, dass bestimmte Arbeitsbereiche bezüglich der persönlichen ethischen Belastung am Arbeitsplatz nur eine untergeordnete Rolle einnehmen. Diese Tatsache widerspiegelnd sind seltene Nennungen in den unteren Bereichen der Tabellen 6 und 7 angesiedelt. Beispielsweise erleben sowohl Pflegende als auch Ärzte eine mangelhafte Qualität der medizinischen Versorgung nur selten als persönliche Belastung. Auch die Verteilung knapper Mittel sowie die Teilnahme an medizinischen Studien empfinden nur wenige Mitarbeiter als häufig wiederkehrende Belastungssituation. Während der Umgang mit psychisch kranken Menschen für Ärzte kaum eine Belastung darstellt, erleben Pflegemitarbeiter einen derartigen Konflikt im direkten Vergleich etwas häufiger.

Tabelle 6 Arbeitsbereiche mit ethischen Konflikten für die Pflegenden aller sechs Intensivstationen (N=125)

	Eher täglich		Eher wöchentlich		Eher monatlich		Seltener		Nie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Wahrung der Menschenwürde	37	29,8	35	28,2	34	27,4	17	13,7	1	0,8
Leben künstlich verlängern	31	24,6	41	32,5	30	23,8	23	18,3	1	0,8
Alltäglicher Umgang mit Patienten	29	23,4	41	33,1	26	21,0	25	20,2	3	2,4
Aufklärung von Angehörigen	26	20,8	36	28,8	28	22,4	29	23,2	6	4,8
Apparatemedizin	25	20,3	32	26,0	28	22,8	32	26,0	6	4,9
Unsicherheiten über den Patientenwillen	24	19,4	56	45,2	23	18,5	21	16,9	0	0
Aufklärung von Patienten	24	19,2	35	28,0	19	15,2	37	29,6	10	8,0
Nichtakzeptieren des Sterbeprozesses	22	17,6	29	23,2	38	30,4	29	23,2	7	5,6
Umgang mit verwirrten Menschen	21	16,9	27	21,8	26	21,0	40	32,3	10	8,1
Ethische Probleme in der Pflege	20	16,1	45	36,3	27	21,8	31	25,0	1	0,8
Transplantation	15	12,1	31	25,0	36	29,0	38	30,6	4	3,2
Schweigepflicht	14	11,5	17	13,9	16	13,1	54	44,3	21	17,2
Medizinische Forschung/Studien	9	7,4	26	21,3	31	25,4	42	34,4	14	11,5
Aufteilung knapper Mittel	8	6,6	12	9,9	22	18,2	50	41,3	29	24,0
Umgang mit psychisch Kranken	7	5,6	21	16,9	26	21,0	59	47,6	11	8,9
Qualität der med. Versorgung	4	3,3	14	11,5	24	19,7	68	55,7	12	9,8

Tabelle 7 Arbeitsbereiche mit ethischen Konflikten für die Ärzte (N=34)

	Eher täglich		Eher wöchentlich		Eher monatlich		Seltener		Nie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Unsicherheiten über den Patientenwillen	9	26,5	12	35,3	10	29,4	1	2,9	2	5,9
Wahrung der Menschenwürde	7	20,6	15	44,1	6	17,6	4	11,8	2	5,9
Leben künstlich verlängern	6	17,6	16	47,1	7	20,6	3	8,8	2	5,9
Aufklärung von Patienten	6	17,6	8	23,5	4	11,8	13	38,2	3	8,8
Apparatemedizin	5	15,2	12	36,4	6	18,2	7	21,2	3	9,1
Aufklärung von Angehörigen	5	14,7	11	32,4	7	20,6	9	26,5	2	5,9
Transplantation	4	11,8	9	26,5	12	35,3	6	17,6	3	8,8
Schweigepflicht	4	11,8	4	11,8	7	20,6	13	38,2	6	17,6
Umgang mit verwirrten Menschen	3	8,8	13	38,2	7	20,6	7	20,6	4	11,8
Nichtakzeptieren des Sterbeprozesses	3	8,8	13	38,2	10	29,4	6	17,6	2	5,9
Alltäglicher Umgang mit Patienten	2	5,9	16	47,1	4	11,8	10	29,4	2	5,9
Ethische Probleme in der Pflege	1	2,9	6	17,6	8	23,5	14	41,2	4	11,8
Umgang mit psychisch Kranken	1	2,9	2	5,9	14	41,2	11	32,4	6	17,6
Aufteilung knapper Mittel	0	0	3	8,8	6	17,6	16	47,1	9	26,5
Medizinische Forschung/Studien	0	0	2	5,9	8	23,5	16	47,1	8	23,5
Qualität der med. Versorgung	0	0	2	5,9	10	29,4	16	47,1	6	17,6

Tabelle 8 Vergleich der Arbeitsbereiche mit ethischen Konflikten zwischen Pflegenden (N=112) und Ärzten (N=29) der Erwachsenen-Intensivstationen

	Eher täglich bis wöchentlich				Eher monatlich oder seltener				Nie			
	Pflegende		Ärzte		Pflegende		Ärzte		Pflegende		Ärzte	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Unsicherheiten über den Patientenwillen	80	72,1	19	65,5	31	27,9	8	27,5	0	0	2	6,9
Leben künstlich verlängern	71	63,4	20	69,0	40	35,7	7	24,1	1	0,9	2	6,9
Wahrung der Menschenwürde	69	62,7	18	62,1	40	26,3	9	31,0	1	0,9	2	6,9
Alltäglicher Umgang mit Patienten	66	60,0	14	48,3	41	37,3	14	48,3	3	2,7	1	3,4
Ethische Probleme in der Pflege	60	54,5	7	24,1	49	44,5	19	65,5	1	0,9	3	10,3
Aufklärung von Angehörigen	59	53,2	14	48,3	47	42,3	13	44,8	5	4,5	2	6,9
Aufklärung von Patienten	57	51,4	12	41,4	46	41,4	15	51,7	8	7,2	2	6,9
Apparatemedizin	56	51,4	13	46,4	49	45,0	12	42,8	4	3,7	3	10,7
Nichtakzeptieren des Sterbeprozesses	51	45,9	15	51,7	54	48,6	12	41,4	6	5,4	2	6,9
Umgang mit verwirrten Menschen	47	42,7	15	51,7	57	51,8	12	41,4	6	5,5	2	6,9
Transplantation	43	39,1	13	44,8	63	57,3	13	44,8	4	3,6	3	10,3
Medizinische Forschung/Studien	32	29,4	2	6,9	66	60,5	20	69,0	11	10,1	7	24,1
Schweigepflicht	28	25,7	8	27,6	62	56,9	17	58,6	19	17,4	4	13,8
Umgang mit psychisch Kranken	28	25,5	2	6,9	73	66,3	24	82,8	9	8,2	3	10,3
Aufteilung knapper Mittel	19	17,6	3	10,3	61	56,5	18	62,0	28	25,9	8	27,6
Qualität der med. Versorgung	15	13,9	2	6,9	81	75,2	22	75,8	12	11,1	5	17,2

Tabelle 9 Vergleich der Arbeitsbereiche mit ethischen Konflikten bei Pflegenden auf den Erwachsenen-Intensivstationen [Adult ICU] (N=112) und der KUNO-Kinder- Intensivstation [Paed ICU] (N=14)

	Eher täglich bis wöchentlich				Eher monatlich oder seltener				Nie			
	Adult ICU		Paed ICU		Adult ICU		Paed ICU		Adult ICU		Paed ICU	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Unsicherheiten über den Patientenwillen	80	72,1	0	0	31	27,9	13	100	0	0	0	0
Leben künstlich verlängern	71	63,4	1	7,1	40	35,7	13	92,8	1	0,9	0	0
Wahrung der Menschenwürde	69	62,7	3	21,4	40	26,3	11	78,6	1	0,9	0	0
Alltäglicher Umgang mit Patienten	66	60,0	4	28,6	41	37,3	10	71,4	3	2,7	0	0
Ethische Probleme in der Pflege	60	54,5	5	35,7	49	44,5	9	64,3	1	0,9	0	0
Aufklärung von Angehörigen	59	53,2	3	21,4	47	42,3	10	71,4	5	4,5	1	7,1
Aufklärung von Patienten	57	51,4	2	14,3	46	41,4	10	71,4	8	7,2	2	14,3
Apparatemedizin	56	51,4	1	7,1	49	45,0	11	78,6	4	3,7	2	14,3
Nichtakzeptieren des Sterbeprozesses	51	45,9	0	0	54	48,6	13	92,9	6	5,4	1	7,1
Umgang mit verwirrten Menschen	47	42,7	1	7,1	57	51,8	9	64,3	6	5,5	4	28,6
Transplantation	43	39,1	3	21,4	63	57,3	11	78,6	4	3,6	0	0
Medizinische Forschung/Studien	32	29,4	3	23,1	66	60,5	7	53,9	11	10,1	3	23,1
Schweigepflicht	28	25,7	3	23,1	62	56,9	8	61,5	19	17,4	2	15,4
Umgang mit psychisch Kranken	28	25,5	0	0	73	66,3	12	85,7	9	8,2	2	14,3
Aufteilung knapper Mittel	19	17,6	1	7,7	61	56,5	11	84,6	28	25,9	1	7,7
Qualität der med. Versorgung	15	13,9	3	21,4	81	75,2	11	78,5	12	11,1	0	0

Tabelle 10 Vergleich der Arbeitsbereiche mit ethischen Konflikten bei Ärzten auf den Erwachsenen-Intensivstationen [Adult ICU] (N=29) und der KUNO-Kinder- Intensivstation [Paed ICU] (N=5)

	Eher täglich bis wöchentlich				Eher monatlich oder seltener				Nie			
	Adult ICU		Paed ICU		Adult ICU		Paed ICU		Adult ICU		Paed ICU	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leben künstlich verlängern	20	69,0	2	40,0	7	24,1	3	60,0	2	6,9	0	0
Unsicherheiten über den Patientenwillen	19	65,5	2	40,0	8	27,5	3	60,0	2	6,9	0	0
Wahrung der Menschenwürde	18	62,1	4	80,0	9	31,0	1	20,0	2	6,9	0	0
Nichtakzeptieren des Sterbeprozesses	15	51,7	1	20,0	12	41,4	4	80,0	2	6,9	0	0
Umgang mit verwirrten Menschen	15	51,7	1	20,0	12	41,4	2	40,0	2	6,9	2	40,0
Alltäglicher Umgang mit Patienten	14	48,3	4	80,0	14	48,3	0	0	1	3,4	1	20,0
Aufklärung von Angehörigen	14	48,3	2	40,0	13	44,8	3	60,0	2	6,9	0	0
Apparatemedizin	13	46,4	4	80,0	12	42,8	1	20,0	3	10,7	0	0
Transplantation	13	44,8	0	0	13	44,8	5	100	3	10,3	0	0
Aufklärung von Patienten	12	41,4	2	40,0	15	51,7	2	40,0	2	6,9	1	20,0
Schweigepflicht	8	27,6	0	0	17	58,6	3	60,0	4	13,8	2	40,0
Ethische Probleme in der Pflege	7	24,1	0	0	19	65,5	3	75,0	3	10,3	1	25,0
Aufteilung knapper Mittel	3	10,3	0	0	18	62,0	4	80,0	8	27,6	1	20,0
Medizinische Forschung/Studien	2	6,9	0	0	20	69,0	4	80,0	7	24,1	1	20,0
Umgang mit psychisch Kranken	2	6,9	1	20,0	24	82,8	1	20,0	3	10,3	3	60,0
Qualität der med. Versorgung	2	6,9	0	0	22	75,8	4	80,0	5	17,2	1	20,0

Zusammenfassung der Ergebnisse von Frage 2 „Arbeitsbereiche mit ethischen Belastungen“

Insgesamt lässt sich feststellen, dass Pflegende und Ärzte auf Intensivstationen in vielen Arbeitsbereichen in relativ ähnlicher Häufigkeit ethische Konflikte erleben, wobei eine beträchtliche Anzahl der Pflegenden in verschiedenen Arbeitsbereichen sogar täglich damit zu tun hat, z.B. bei der Wahrung der Menschenwürde, der künstlichen Lebensverlängerung sowie dem alltäglichen Umgang mit ihren Patienten. Tabelle 11 zeigt die häufigsten Nennungen von Ärzten und Pflegenden auf Erwachsenen- bzw. Kinderintensivstationen. Unter den drei häufigsten Problembereichen in der Erwachsenenintensivmedizin finden sich bei Pflegenden und Ärzten identische Bereiche, nämlich „Unsicherheiten über den Patientenwillen“, „Leben künstlich verlängern“ und „Wahrung der Menschenwürde“. Weitere häufig genannte Bereiche sind der alltägliche Umgang mit Patienten und ethische Probleme in der Pflege bei Pflegenden sowie das Nichtakzeptieren des Sterbeprozesses und der Umgang mit verwirrten Menschen bei Ärzten.

Tabelle 11 Die fünf meistgewählten Bereiche mit täglichen bis wöchentlichen ethischen Belastungen bei Pflegenden und Ärzten auf den Erwachsenen- und der Kinder-Intensivstation

<i>Erwachsenen-Intensivstationen</i>		<i>Kinder-Intensivstation</i>	
Pflegende	Ärzte	Pflegende	Ärzte
1. Unsicherheiten über den Patientenwillen	Leben künstlich verlängern	Ethische Probleme in der Pflege	Wahrung der Menschenwürde
2. Leben künstlich verlängern	Unsicherheiten über den Patientenwillen	Alltäglicher Umgang mit Patienten	Apparatemedizin
3. Wahrung der Menschenwürde	Wahrung der Menschenwürde	Medizinische Forschung/Studien	Alltäglicher Umgang mit Patienten
4. Alltäglicher Umgang mit Patienten	Nichtakzeptieren des Sterbeprozesses	Schweigepflicht	Aufklärung von Angehörigen
5. Ethische Probleme in der Pflege	Umgang mit verwirrten Menschen	Transplantation	Leben künstlich verlängern

In der pädiatrischen Intensivmedizin scheinen v.a. im Bereich der Pflege deutlich andere Konfliktbereiche eine tragende Rolle zu spielen. Während vergleichbar mit der Erwachsenenintensivmedizin eher ethische Probleme in der Pflege und der alltägliche Umgang mit den Patienten zu den häufigsten Belastungsfaktoren zählen, wurden auch medizinische Forschung, Schweigepflicht und Transplantation als häufigste Problemfelder genannt – diese scheinen in der Erwachsenenintensivmedizin wesentlich seltener zu

Konflikten zu führen. Die 5 teilnehmenden Ärzte der Kinderintensivstation identifizieren in ihren Nennungen teilweise relativ ähnliche Konfliktbereiche wie ihre Kollegen aus der Erwachsenenintensivstation. Wie bereits erwähnt wurde, lassen sich diese Ergebnisse auf Grund der wenigen Teilnehmer nicht verallgemeinern und sollten in einer größeren Studie mit größerer Teilnehmerzahl untersucht werden.

Die in Tabelle 12 aufgeführten Bereiche können bevorzugt am Lebensende eines Patienten zu Konflikten führen und wurden deshalb zur Gruppe der *end-of-life issues* zusammengefasst. Eine annähernd gleich hohe Zahl Pflegender und Ärzte auf Erwachsenenintensivstationen erlebt in diesen Bereichen täglich bis wöchentlich Konflikte.

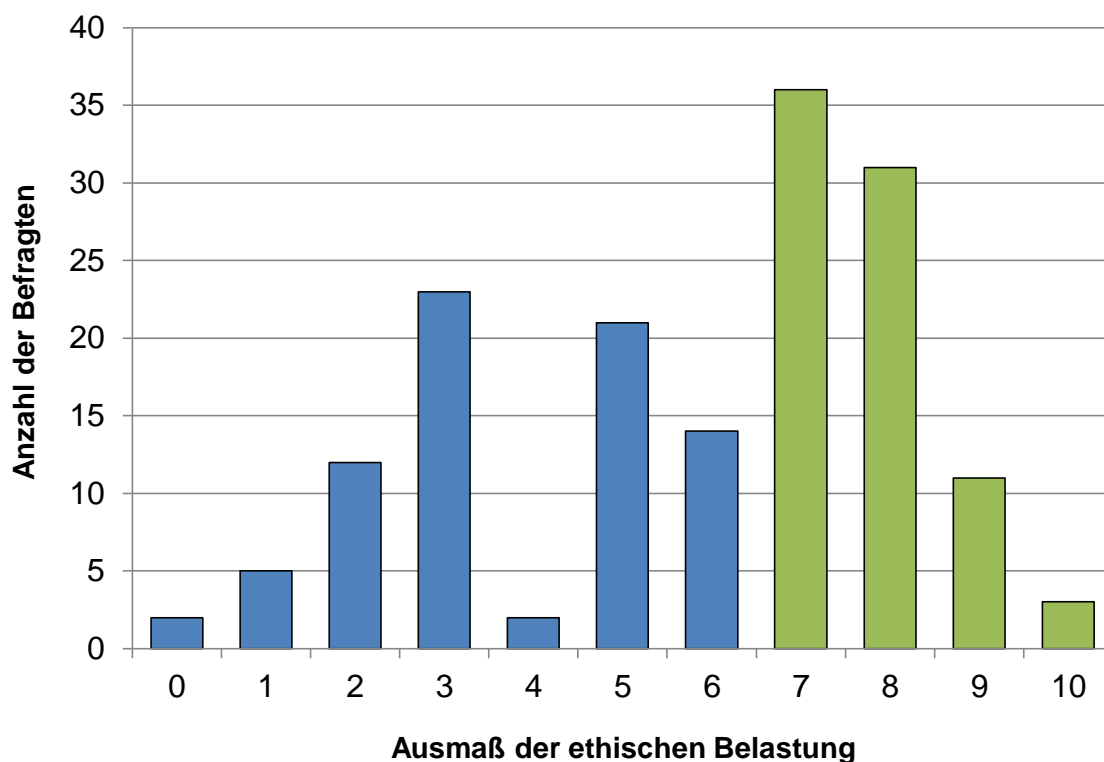
Tabelle 12 Vergleich der ethischen Konfliktbereiche aus dem Feld der *end-of-life issues* unter Pflegenden und Ärzten auf Erwachsenenintensivstationen

	Täglich bis wöchentlich				Monatlich oder seltener				Nie			
	Pflegende		Ärzte		Pflegende		Ärzte		Pflegende		Ärzte	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Unsicherheiten über den Patientenwillen	80	72,1	19	65,5	31	27,9	8	27,5	0	0	2	6,9
Leben künstlich verlängern	71	63,4	20	69,0	40	35,7	7	24,1	1	0,9	2	6,9
Apparatemedizin	56	51,4	13	46,4	49	45,0	12	42,8	4	3,7	3	10,7
Wahrung der Menschenwürde	69	62,7	18	62,1	40	26,3	9	31,0	1	0,9	2	6,9
Nichtakzeptieren des Sterbeprozesses	51	45,9	15	51,7	54	48,6	12	41,4	6	5,4	2	6,9

4.2.2. Ausmaß der Belastung

Das Ausmaß der Belastung durch ethische Konflikte sollte auf einer ganzzahligen Skala mit den Werten 0 (keine Belastung) bis 10 (sehr starke Belastung) angegeben werden. Unter den 160 Fragebogenteilnehmern, die dazu eine Angabe machten, bildete sich ein Mittelwert von 5,78 (Median 7,0). Die knappe Mehrheit der Befragten (50,7%) gab einen Wert von 7

oder höher an. Dies ist anhand der grünen Balken in Grafik 3 noch einmal anschaulich dargestellt.



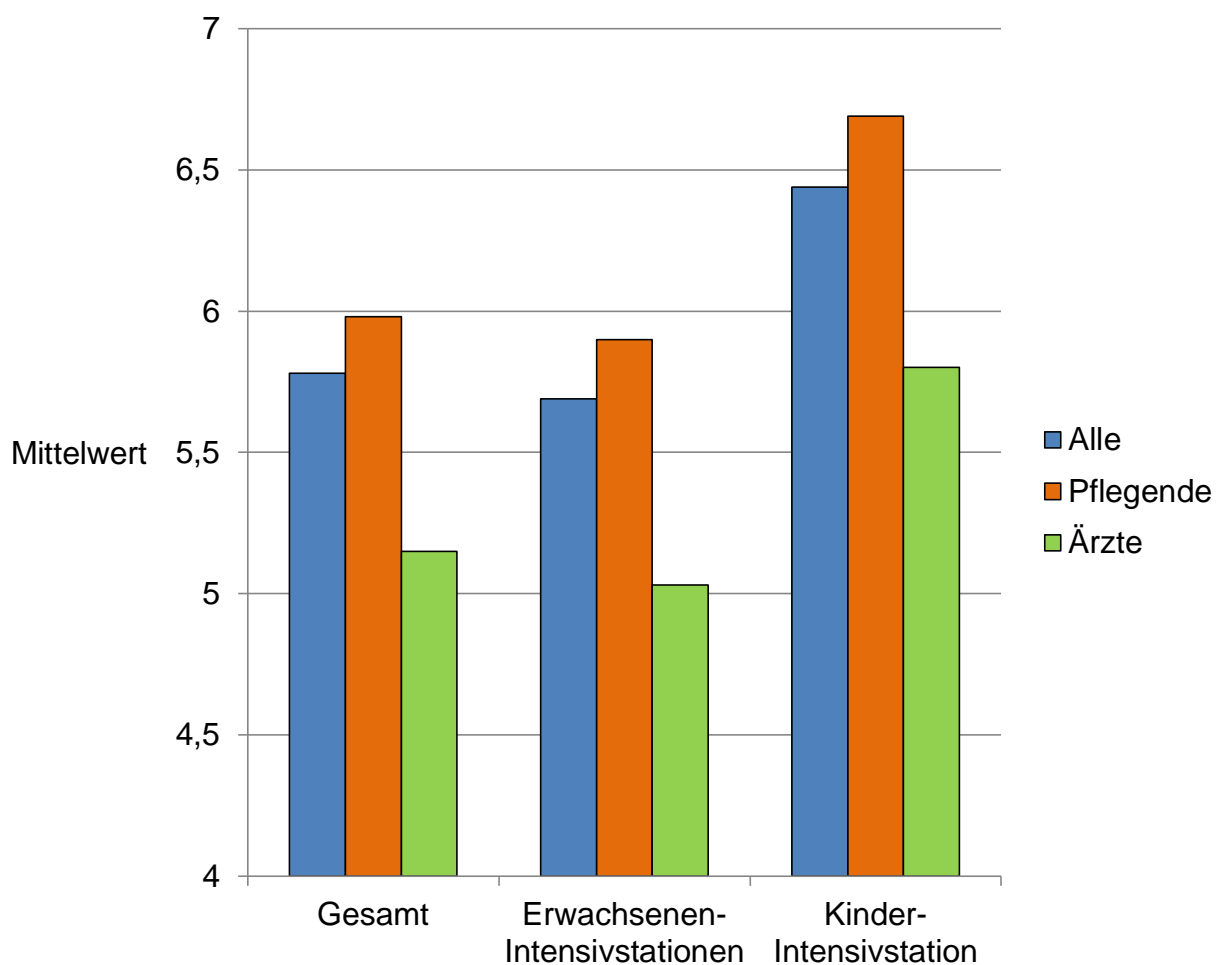
Grafik 3 Ausmaß der Belastung durch ethische Konflikte

Betrachtet man die einzelnen Berufsgruppen näher, zeigt sich beim Pflegepersonal (N=123) im Mittel eine Belastung von 5,98 auf der Skala bei einem Median von 7. Ein etwas niedrigere Belastung wird durch die teilnehmenden Ärzte (N=34) angegeben, der Mittelwert entsprach hier 5,15 bei einem Median von 6,50.

Im Vergleich zu den Erwachsenenintensivstationen zeigen die Mitarbeiter der Kinderintensivstation eine deutlich erhöhte Belastung. Wie in Tabelle 13 dargestellt, beträgt der Mittelwert hier 6,69 für Pflegende und 5,8 für Ärzte, was sich zu einem Gesamtmittelwert von 6,44 verrechnet. Der Median beträgt jeweils 7,0. Überträgt man die Werte aus Tabelle 13 in ein Säulendiagramm, wie es in Grafik 4 dargestellt ist, wird die höhere Belastung in der Kinderintensivmedizin deutlich erkennbar.

Tabelle 13 Vergleich der Mittelwerte (Mediane) zum Ausmaß der Belastung durch ethische Konflikte

	Gesamt	Erwachsenen-Intensivstationen	Kinder-Intensivstation
Alle	5,78 (7,0)	5,69 (6,0)	6,44 (7,0)
Pflegepersonal	5,98 (7,0)	5,9 (7,0)	6,69 (7,0)
Ärzte	5,15 (6,5)	5,03 (6,0)	5,8 (7,0)



Grafik 4 Vergleich der mittleren Belastung durch ethische Konflikte von Pflegenden und Ärzten auf Erwachsenen- und Kinderintensivstationen

4.2.3. Ansprechpartner bei persönlichen ethischen Konflikten

In Frage 5 des Fragebogens sollten die Mitarbeiter angeben, wer ihnen im Falle eines persönlichen ethischen Konfliktes als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Dabei standen sieben verschiedene Gruppen zur Auswahl, die man jeweils getrennt voneinander auswählen konnte. Die Ergebnisse sind in Tabelle 14 abgebildet.

Fast jeder Mitarbeiter (96,3%, N=154) findet bei Bedarf innerhalb der eigenen Berufsgruppe Anspruch, außerdem stehen vielen (82,3%, N=121) Kollegen/innen anderer Berufsgruppen oder Personen des privaten Umfeldes, also Familie und Freunde (83,0%, N=127), bei ethischen Problemen zur Verfügung. Während immerhin noch 63,8% (N=83) das Gefühl haben, sich bei ethischen Konflikten an den Vorgesetzten wenden zu können, schneiden

Tabelle 14 Ansprechpartner bei persönlichen ethischen Konflikten

	Ja		Nein		Σ	
	N	%	N	%	N	%
Kollegen/innen der eigenen Berufsgruppe	154	96,3	6	3,8	160	100
Kollegen/innen anderer Berufsgruppen	121	82,3	26	17,7	147	100
Vorgesetzte	83	63,8	47	36,2	130	100
Familie/Freunde	127	83,0	26	17,0	153	100
Fachleute (z.B. Seelsorger)	31	24,8	94	75,2	125	100
Beratungs-/Supervisionseinheiten	17	13,8	106	86,2	123	100
Klinisches Ethikkomitee (KEK)	39	32,0	83	68,0	122	100

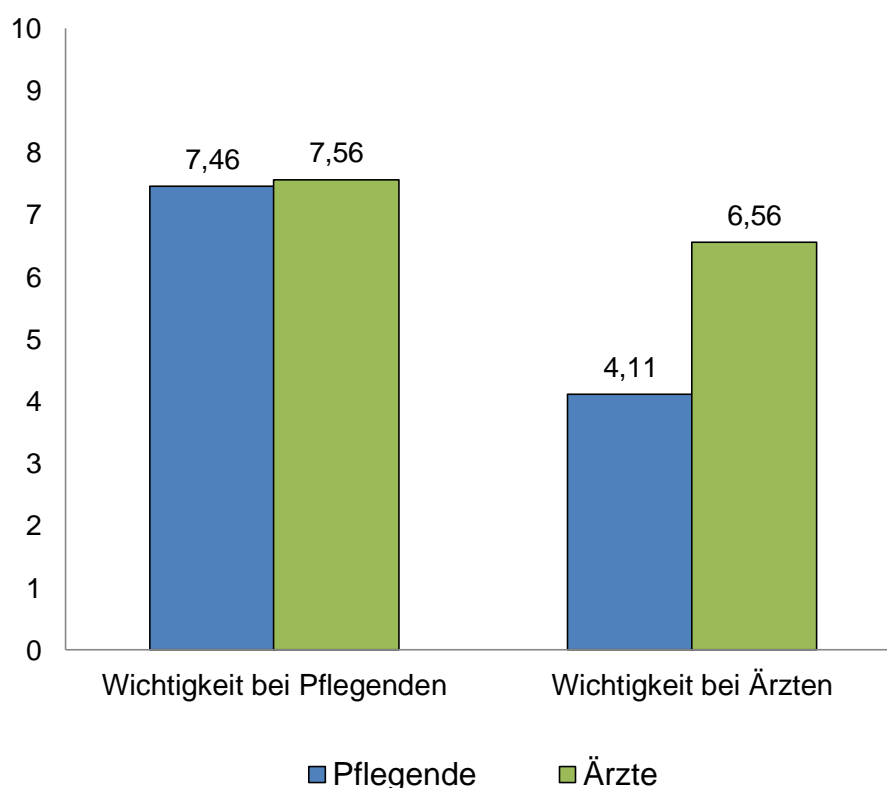
professionelle Berater deutlich schlechter ab. Nur etwa jeder Vierte (24,8%, N=31) würde bei speziellen Fachleuten, wie z.B. Seelsorgern Unterstützung suchen. Auch das Klinische Ethikkomitee (KEK) des Hauses stellt mit 32,0% (N=39) nur etwa für jeden Dritten eine Option dar. Nur wenige (13,8%, N=17) würden sich an spezielle Beratungs- und Supervisionseinheiten wenden. Bei allen drei professionellen Möglichkeiten zur Konfliktberatung fällt ein relativ hoher Anteil derer auf, die sich der Antwort enthielten, denn von den 163 Fragebogenteilnehmern konnte sich etwa ein Viertel nicht für „Ja“ oder „Nein“ entscheiden und ließ die Frage offen. Das lässt vermuten, dass sich viele dieser Optionen gar nicht bewusst sind, bzw. nicht wüssten auf welchem Weg Ihnen dabei Hilfe angeboten werden könnte.

4.2.4. Wichtigkeit ethischer Gesichtspunkte bei Ärzten und Pflegenden

Pflegende und Ärzte sollten auf einer Skala von 0 (sehr unwichtig) bis 10 (sehr wichtig) einschätzen, wie wichtig derzeit ethische Gesichtspunkte sowohl von Kollegen der eigenen, als auch der anderen Berufsgruppe genommen werden.

Dabei schätzten Pflegemitarbeiter (N=125) die Wichtigkeit ethischer Gesichtspunkte innerhalb ihrer Berufsgruppe mit einem Mittelwert von 7,46 (Median 8,0) deutlich höher ein als bei ihrem ärztlichen Kollegen. Dort betrug der Mittelwert bei N=124 Angaben nur 4,11 (Median 4,0). Die Selbsteinschätzung der ärztlichen Kollegen (N=34) bezüglich der Bedeutsamkeit ethischer Gesichtspunkte war mit einem Mittelwert von 6,56 deutlich höher (Median 7,0). Auch den Kollegen aus der Pflege wurde die Wichtigkeit ethischer Aspekte von ärztlicher Seite richtig zugesprochen, der Mittelwert von 7,56 (Median 8) entspricht fast der pflegerischen Selbsteinschätzung (MW=7,46).

In Grafik 5 ist dieser Sachverhalt anschaulich in einem Säulendiagramm dargestellt.



Grafik 5 Mittlere Selbst- und Fremdeinschätzung der Wichtigkeit ethischer Gesichtspunkte unter Pflegenden und Ärzten auf Intensivstationen im Vergleich

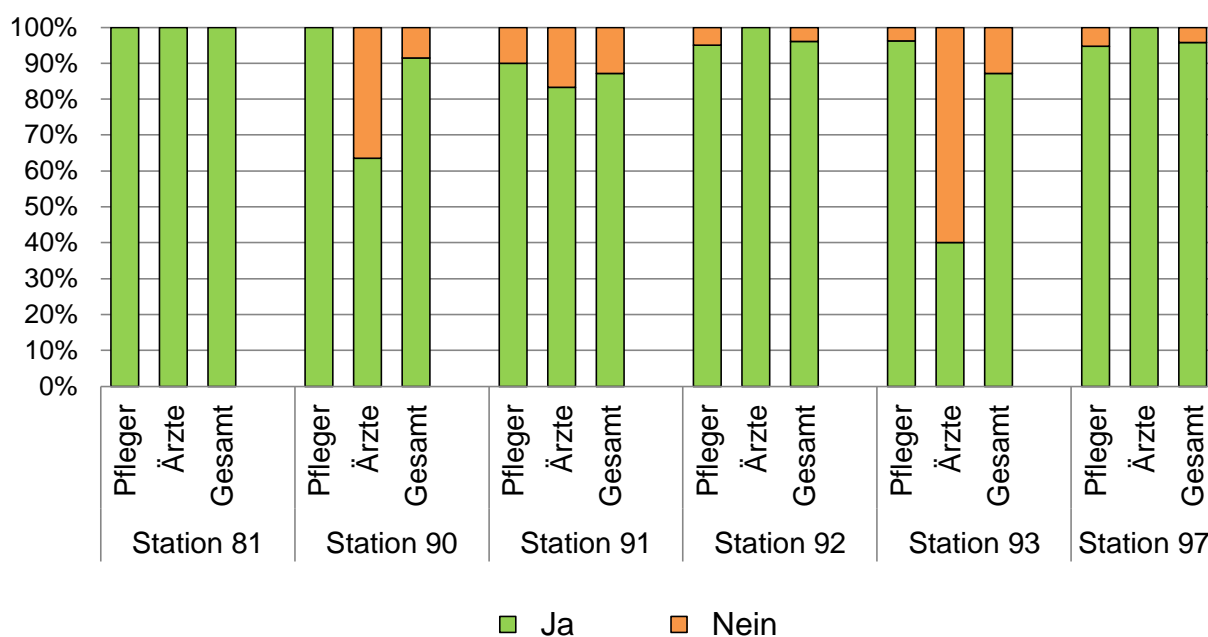
4.3. Die ethische Fallberatung

4.3.1. Bekanntheitsgrad der ethischen Fallberatung

Insgesamt ist 92,5% (N=149) der Befragten bekannt, dass es das Angebot der Ethischen Fallberatung am Universitätsklinikum Regensburg gibt. Bei näherer Betrachtung von Tabelle 15 und Grafik 6 zeigt sich, dass v.a. viele Ärzte noch nicht ausreichend informiert

Tabelle 15 Bekanntheitsgrad der ethischen Fallberatung unter den Pflegenden und Ärzten der einzelnen Intensivstationen

	<i>Pflegende</i>				<i>Ärzte</i>				<i>Gesamt</i>			
	Ja		Nein		Ja		Nein		Ja		Nein	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Station 81	14	100	0	0	5	100	0	0	19	100	0	0
Station 90	35	100	0	0	7	63,6	4	36,4	43	91,5	4	8,5
Station 91	9	90,0	1	10	5	83,3	1	16,7	14	87,5	2	12,5
Station 92	19	95,0	1	5,0	4	100	0	0	24	96,0	1	4,0
Station 93	25	96,2	1	3,8	2	40,0	3	60,0	27	87,1	4	12,9
Station 97	18	94,7	1	5,3	3	100	0	0	22	95,7	1	4,3
Gesamt	120	96,8	4	3,2	26	76,5	8	23,5	149	92,5	12	7,5



Grafik 6 Bekanntheitsgrad der ethischen Fallberatung unter den Pflegenden und Ärzten der einzelnen Intensivstationen

sind, denn nur 76,5% (N=26) wissen über die Möglichkeit der ethischen Einzelfallberatung Bescheid. Im Gegensatz dazu kennt fast jeder Angestellte im Pflegebereich (96,8%) die Möglichkeit zur Ethischen Fallberatung.

4.3.2. *Persönliche Erfahrungen mit ethischen Fallberatungen*

Von 162 Mitarbeitern gaben mit 111 Personen über zwei Drittel (68,5%) an, dass im eigenen Arbeitsbereich in der Vergangenheit bereits eine oder mehrere ethische Fallberatungen durchgeführt wurden. Tabelle 16 zeigt, dass 29 Personen (17,8%) auch bereits selbst eine ethische Fallberatung angefordert und 28 Personen (17,2%) auch schon selbst an einer früheren ethischen Fallberatung teilgenommen haben. Es stellte sich heraus, dass bisher bevorzugt Ärzte die Möglichkeiten einer Ethischen Fallberatung wahrgenommen haben. Innerhalb der Gruppe der teilnehmenden Ärzte (N=34) haben 29,4% (N=10) bereits eine Fallberatung angefordert während es unter den Fragebogenteilnehmern aus der Pflege (N=126) nur 15,1% (N=19) sind.

Tabelle 16 Persönliche Erfahrungen mit ethischen Fallberatungen

	Ja		Nein		Σ	
	N	%	N	%	N	%
Mindestens eine EFB* im eigenen Arbeitsbereich erlebt	111	68,5	51	31,5	162	100
Mindestens eine EFB* bereits selbst angefordert	29	17,8	134	82,2	163	100
Mindestens an einer EFB* bereits selbst teilgenommen	28	17,2	135	82,8	163	100

*EFB = Ethische Fallberatung

4.3.3. *Teilnehmer an einer ethischen Fallberatung*

In Frage 8a sollten die Mitarbeiter entscheiden, wer an einer ethischen Fallberatung teilnehmen sollte. Dabei stand bereits eine Vorauswahl gewisser Berufsgruppen fest, zusätzlich konnten sofern gewünscht noch weitere Klinikmitarbeiter in einem Freitext hinzugefügt werden. Mehrfachantworten waren möglich. Die Ergebnisse dieser Auswertung sind in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17 Wer sollte an einer ethischen Fallberatung teilnehmen?

	Ja		Nein		Σ	
	N	%	N	%	N	%
Stationsarzt / Stationsärztin	160	98,8	2	1,2	162	100
Leitende Ärzte / Oberärztin / Oberarzt	157	99,4	1	0,6	158	100
Pflegepersonen	158	97,5	4	2,5	162	100
Pflegerische Leitung	92	68,7	42	31,3	134	100
Patient selbst	109	74,1	38	25,9	147	100
Angehörige	112	73,2	41	26,8	153	100
Gesetzliche Betreuer	108	74,5	37	25,5	145	100
Andere Klinikmitarbeiter (wenn ja, welche?)	55	72,4	21	27,6	76	100

Fast jeder Fragebogenteilnehmer ist sich einig darüber, dass Berufsgruppen mit direktem Patientenkontakt, also der betreffende Stationsarzt (98,8%, N=160) samt leitendem Oberarzt (99,4%, N=157), sowie die Pflegenden (97,5%, N=158) des Patienten an einer ethischen Fallberatung teilnehmen sollten. Dafür sprechen die hohen Prozentwerte und die nur vereinzelt Gegenstimmen.

Jeweils etwa ein Viertel wünscht sich, dass (soweit möglich) sowohl der Patient selbst (74,1%, N=109), als auch dessen Angehörige (73,2%, N=112) bzw. gesetzliche Betreuer (74,5%, N=108) zu einer Einzelfallberatung eingeladen werden sollten.

Von den insgesamt 163 Fragebogenteilnehmern, machten sich 76 Personen (46,6%) Gedanken über eventuelle weitere, nicht aufgeführte Klinikmitarbeiter und deren Teilnahme an einer ethischen Beratung. Während sich davon 27,6% (N=21) keine weiteren Berufsgruppen in einer Fallberatung erwarten, sprachen sich 72,4% (N=55) für eine Einladung weiterer Berufsgruppen aus. 52 der 76 Personen (68,4%) gaben dabei auch einen oder mehrere konkrete Vorschläge im dafür vorgesehenen freien Textfeld an. Die häufigsten dieser Nennungen sind in Tabelle 18 wiedergegeben.

Tabelle 18 Welche weiteren, in Tabelle 17 nicht aufgeführten, Berufsgruppen sollten an einer ethischen Fallberatung teilnehmen?

	N	% (N/52)*	% (N/163)**
Pfarrer/Seelsorger	32	61,5	19,6
Physiotherapeuten	13	25,0	8,0
Psychologen	10	19,2	6,1
Jeder Therapeut mit Patientenkontakt	9	17,3	5,5

* N/52: Dieser Wert gibt den prozentualen Anteil von N bezogen auf die Menge der 52 Personen, die eine weitere Berufsgruppe nannten, wieder.

** N/163: Dieser Wert gibt den prozentualen Anteil von N bezogen auf die Gesamtmenge der 163 Fragebogenteilnehmer wieder.

32 der 52 Personen, die eine konkrete Angabe im freien Textfeld machten, nannten die Berufsgruppe der Pfarrer und Seelsorger, das entspricht 61,5%. Auf die Gesamtheit von 163 Fragebogenteilnehmern bezogen, entspricht dies einem Prozentwert von 19,6%. Von allen Befragten würde sich also fast jeder Fünfte einen Geistlichen oder Seelsorger als Teilnehmer einer ethischen Fallberatung wünschen. Zahlreiche weitere Einzelnennungen mit 2 oder weniger Stimmen sind u.a. Juristen, Chefärzte oder das Hygienepersonal. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Aussagekraft wurden in Tabelle 18 nur die vier häufigsten Nennungen berücksichtigt, nämlich Pfarrer/Seelsorger, Physiotherapeuten, Psychologen und jegliche Therapeuten mit direktem Patientenkontakt.

4.3.4. Initiatoren einer ethischen Fallberatung

Analog zu Frage 8a sollten in Frage 8b nun unter verschiedenen Berufsgruppen gewählt werden, wer eine Einzelfallberatung beantragen könnn sollte. Auch hier waren sowohl Mehrfachantworten als auch die Nennung zusätzlicher, nicht aufgeführter Berufsgruppen in einem freien Feld möglich. Die Ergebnisse sind in Tabelle 19 dargestellt.

Tabelle 19 Wer sollte eine ethische Fallberatung initiieren können?

	Ja		Nein		Σ	
	N	%	N	%	N	%
Stationsarzt / Stationsärztin	154	98,1	3	1,9	157	100
Leitende Ärzte / Oberärztin / Oberarzt	152	96,8	5	3,2	157	100
Pflegepersonen	142	94,0	9	6,0	151	100
Pflegerische Leitung	129	90,2	14	9,8	143	100
Patient selbst	122	85,9	20	14,1	142	100
Angehörige	126	86,3	20	13,7	146	100
Gesetzliche Betreuer	115	80,4	28	19,6	143	100
Andere Klinikmitarbeiter (wenn ja, welche?)	22	52,4	20	47,6	42	100

Die meisten der befragten Mitarbeiter waren durchwegs großzügig, was die Berechtigung zur Antragsstellung einer ethischen Fallberatung betrifft. So sehen ein Großteil neben den unmittelbar an der Therapie beteiligten Personen wie Stationsarzt (98,1%, N=154), leitender Oberarzt (96,8%, N=152) und Pflegepersonal (94,0%, N=142) auch die Pflegeleitung (90,2%, N=129) als wichtigen Initiator. Auch der Patient selbst (85,9%, N=122) und seine Angehörigen (86,3%, N=126), sowie sein evtl. vorhandener gesetzlicher Betreuer (80,4%, N=115) sollten nach Ansicht von jeweils mehr als 80% der Befragten die Möglichkeit haben, im Bedarfsfall eine ethische Fallberatung anzuregen.

Von den 163 Fragebogenteilnehmern beantworteten 42 Personen (25,8%) auch die Frage nach möglichen weiteren Initiatoren einer Fallberatung, wobei davon 22 Personen (52,4%) auch anderen Berufsgruppen diese Möglichkeit geben wollten. 15 von 22 Mitarbeitern nannten auch mindestens eine konkrete Gruppe nicht aufgeführter Klinikmitarbeiter im dafür vorgesehenen freien Textfeld. Eine Auswahl der häufigsten Nennungen ist in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20 Welche weiteren, in Tabelle 19 nicht aufgeführten, Berufsgruppen sollten eine ethischen Fallberatung initiieren können?

	N	% (N/15)*	% (N/163)**
Pfarrer/Seelsorger	10	66,6	6,1
Psychologen	4	26,7	2,5
Physiotherapeuten	3	20,0	1,8
Jeder Therapeut mit Patientenkontakt	3	20,0	1,8

* N/52: Dieser Wert gibt den prozentualen Anteil von N bezogen auf die Menge der 15 Personen, die eine weitere Berufsgruppe nannten, wieder.

** N/163: Dieser Wert gibt den prozentualen Anteil von N bezogen auf die Gesamtmenge der 163 Fragebogenteilnehmer wieder.

Mit 66,6% (N=10) wählten genau zwei Drittel derer, die weiteren Klinikmitarbeitern die Möglichkeit geben wollten, eine ethische Fallberatung initiieren zu können, und dazu auch konkrete Berufsgruppen angaben, Geistliche und professionelle Seelsorger. Auf die Gesamtheit (N=163) bezogen, würden sich also 6,1% aller Fragebogenteilnehmer diese Berufsgruppen als potenzielle Initiatoren wünschen. Weitere Nennungen waren Psychologen (N=4, 2,5% der Gesamtheit), Physiotherapeuten (N=3, 1,8% der Gesamtheit) bzw. jeder Therapeut mit irgendeiner Art von direktem Patientenkontakt (N=3, 1,8% der Gesamtheit).

4.3.5. Informationsquellen für eine ethische Fallberatung

In Frage 9 wurden die Mitarbeiter dazu befragt, aus welchen Quellen dienliche Informationen für eine ethische Einzelfallberatung gewonnen werden sollten. Wie in Tabelle 21 zusammengefasst, standen dabei neben medizinischen, pflegerischen und sozial-religiösen-lebensgeschichtlichen Befunden auch der Wille des Patienten (mutmaßlich oder als Patientenverfügung) sowie die persönlichen Meinungen der nächsten Angehörigen zur Auswahl.

Tabelle 21 Welche Informationsquellen sollten für eine ethische Fallberatung herangezogen werden?

	Ja		Nein		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Die relevanten medizinischen Befunde	162	100	0	0	162	100
Die relevanten pflegerischen Befunde	156	96,9	5	3,1	161	100
Die relevanten sozialen, lebens- geschichtlichen und religiösen Befunde	151	94,4	9	5,6	160	100
Die persönlichen Meinungen der nächsten Angehörigen	136	87,2	12,8	12,3	156	100
Die Patientenverfügung, bzw. Aussagen zum mutmaßlichen Willen	163	100	0	0	163	100

Alle Befragten waren sich einig, dass die relevanten medizinische Befunde (100%, N=162) sowie Informationen zum Patientenwillen (100%, N=163), z.B. durch eine vorliegende Patientenverfügung oder frühere Aussagen zum mutmaßlichen Willen, unbedingt für eine ethische Fallberatung herangezogen werden sollten. Der Großteil der Befragten fand auch, dass pflegerische (96,9%, N=156) und wichtige soziale, lebensgeschichtliche und religiöse Befunde (94,4%, N=151) bei der Diskussion über das weitere Vorgehen bei einem konkreten Patienten nicht außer Acht gelassen werden sollten. Mit 87,2% (N=136) würden immer noch viele auch die nächsten Angehörigen des Patienten über ihre persönliche Meinung zur vorliegenden Problematik befragen.

4.3.6. Rolle des Klinischen Ethikkomitees in einer ethischen Fallberatung

Um mehr über die gewünschte Art und Weise des Ablaufs einer ethischen Fallberatung zu erfahren, sollten die Mitarbeiter in Frage 10 Angaben zur Stellung des Klinischen Ethikkomitees (KEK) während einer solchen angeben. Die verschiedenen Optionen samt den Ergebnissen der Umfrage sind in Tabelle 22 dargestellt.

Tabelle 22 Welche Rolle sollte das KEK im Rahmen einer ethischen Fallberatung einnehmen?

	Ja		Nein		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Moderieren	131	86,2	21	13,8	152	100
Hilfestellung bei Entscheidungsfindung	156	97,5	4	2,5	160	100
Verschiedene Perspektiven aufzeigen	147	93,0	11	7,0	158	100
Klare Empfehlung zum Therapieabbruch geben	71	50,4	70	49,6	141	100
Klare Empfehlung zur Fortführung der Therapie geben	65	46,4	75	53,6	140	100

Es wird deutlich, dass die meisten Mitarbeiter einen eher zurückhaltenden Stil bevorzugen. 86,2% (N=131) sprechen sich für eine Moderation durch das Klinische Ethikkomitee aus, 93,0% (N=147) erwarten, dass die verschiedenen Sichtweisen eines Falles durch Mitarbeiter des Klinischen Ethikkomitees aufgezeigt werden. Während sich mit 97,5% (N=156) fast jeder eine unterstützende Hilfestellung bei der angestrebten Entscheidungsfindung erhofft, spaltet die Frage nach klaren Empfehlungen durch das KEK die Gruppe der Befragten in zwei etwa gleich große Hälften. 71 Mitarbeiter (50,4%) würden klare Empfehlungen zum Therapieabbruch favorisieren, die anderen 70 Mitarbeiter (49,6%) sprechen sich klar dagegen aus. Eine ähnliche Verteilung findet sich bei der Frage nach klaren Empfehlungen zu einer Therapiefortführung. Hier sprechen sich 46,4% (N=65) dafür, 53,6% (N=75) allerdings lehnen dies ab.

4.3.7. Geforderte Leistungen einer ethischen Fallberatung

Um eine Vorstellung zu bekommen, was sich die Mitarbeiter von einer ethischen Fallberatung erwarten, wurden sie in Frage 11 zu ihren gewünschten Leistungen befragt. Die Meinungen über vorgeschlagene Leistungen sind in Tabelle 23 wiedergegeben. Ein freies Textfeld ermöglichte es, noch weitere, nicht aufgeführte, Erwartungen einzutragen. Diese Nennungen werden im Text weiter unten wiedergegeben.

Tabelle 23 Was soll eine ethische Fallberatung Ihrer Meinung nach leisten können?

	Ja		Nein		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Eine Standortbestimmung vornehmen, in dem Sinne: <i>„Wo stehen wir jetzt mit der Therapie?“</i>	131	85,1	23	14,9	154	100
Therapieziele abklären und die Frage: <i>„Was machen wir, wenn es dem Patienten besser geht?“</i>	129	87,2	19	12,8	148	100
Therapieziele abklären und die Frage: <i>„Was machen wir, wenn es dem Patienten schlechter geht?“</i>	149	94,9	8	5,1	157	100
Klären, was im Notfall, z.B. bei einer Reanimation gemacht wird	142	91,6	13	8,4	155	100
Konkrete weitere Schritte besprechen	130	87,2	19	12,8	149	100
Konkrete weitere Schritte durch Berater vorgeben	53	42,1	73	57,9	126	100

Sehr viele Mitarbeiter (94,9%, N=149) erwarten, dass neben der Abklärung von Therapiezielen v.a. das weitere Vorgehen bei einer zukünftigen Verschlechterung des Zustandes eines Patienten diskutiert wird. Auch ein Notfallplan, z.B. die Vorgehensweise bei einer Reanimation, sollte nach Meinung vieler (91,6%, N=142) besprochen werden. Während sich 87,2% (N=130) ein gemeinsames Besprechen der konkreten weiteren Schritte erwarten, wollen mit 42,1% (N=53) weniger als die Hälfte, dass ein Berater die nächsten Schritte bindend vorgibt. Die verhältnismäßig hohe Enthaltung der Mitarbeiter bei der Entscheidung über das Vorgeben konkreter Schritte im Rahmen einer ethischen Fallberatung verdeutlicht die polarisierende Wirkung dieser Thematik noch weiter. Außerdem wurden von Einzelnen zusätzliche, nicht in der Liste aufgeführte Leistungen, in einem dafür vorgesehenen freien Textfeld gefordert. Darunter waren das Verdeutlichen des vorliegenden Konfliktes aus den verschiedenen Perspektiven, das Aufzeigen der einzelnen Handlungsmöglichkeiten sowie die Begründung der Entscheidung aus ethischer Sicht. Wichtige Punkte waren auch die Klärung des mutmaßlichen Patientenwillens, um das weitere Handeln idealerweise danach orientierend ausrichten zu können, sowie ein besonderes Augenmerk auf die zukünftige Lebensqualität des Patienten („Wie

eingeschränkt müsste der Mensch weiterleben?“). Den betroffenen Angehörigen sollte stützend beigestanden werden, bei Bedarf sollte hier die Vermittlung an professionelle Beratungsstellen erfolgen.

4.3.8. Dokumentation und Kommunikation des Ergebnisses

Das Ziel einer ethischen Fallberatung ist, dass man in einem gemeinsamen Prozess zu einem Ergebnis kommt, welches das weitere Vorgehen erleichtert und für jeden akzeptierbar ist. In Frage 12 sollten die Mitarbeiter entscheiden, wem das Ergebnis ihrer Meinung nach mitgeteilt, bzw. in welcher Form es in verschiedenen Aktensystemen dokumentiert werden sollte. Dabei standen die kommunikative Weitergabe des Ergebnisses an die behandelnden Ärzte und Pflegenden, sowie an den Patient und seine Angehörigen zur Auswahl. Als mögliche Orte der Dokumentation wurden neben der Krankenakte des Patienten auch die Abteilung für Qualitätsmanagement und die Rechtsabteilung des Krankenhauses gegeben. In Tabelle 24 sind die resultierenden Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 24 Wem/In welcher Form sollte das Ergebnis einer ethischen Fallberatung mitgeteilt werden? (Mehrfachantworten möglich)

	Ja		Nein		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Ärzten	162	100	0	0	162	100
Pflegenden	157	98,1	3	1,9	160	100
Angehörigen	140	92,1	12	7,9	152	100
Patient selbst	128	88,3	17	11,7	145	100
Dokumentation in der Abteilung für Qualitätsmanagement	48	40,7	70	59,3	118	100
Dokumentation in der Rechtsabteilung	79	61,2	50	38,8	129	100
Dokumentation in der Krankenakte des Patienten	148	94,9	8	5,1	156	100

Alle Mitarbeiter (100%, N=162) waren sich einig, dass die behandelnden Ärzte vom Ergebnis der Ethikberatung erfahren sollten. Auch die Pflegemitarbeiter sollten nach

Meinung von 98,1 % (N=157) informiert werden. Immerhin 88,3 % (N=128) der Befragten würden den Patienten selbst über das Beratungsergebnis seines Einzelfalls in Kenntnis setzen, 92,1% (N=140) würden auch seine Angehörigen informieren.

Eine Dokumentation in der Krankenakte des Patienten finden 94,9% (N=148) richtig.

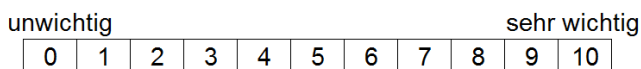
Deutlich weniger, aber immer noch in der Mehrheit (61,2%, N=79), sind die Befürworter einer Dokumentation in der Rechtsabteilung. Eine dokumentiertes Ergebnis in der Abteilung für Qualitätsmanagement halten allerdings mit 59,3% (N=70) deutlich mehr als die Hälfte aller an der Umfrage teilnehmenden Mitarbeiter für nicht notwendig.

4.4. Ethische Fortbildungen

4.4.1. Persönliche Wichtigkeit ethischer Fortbildungen

Die Befragten sollten an einer numerischen Analogskala mit den Werten 0 bis 10 (siehe Grafik 7) markieren, wie wichtig ihnen persönlich die Weiterbildung zu medizin- und pflegeethischen Themen ist.

Die Ergebnisse, respektive



Mittelwert und Median, sind nach

teilnehmenden Berufsgruppen (Ärzte und Pflegende) aufgeteilt in Tabelle

Grafik 7 Bewertungsskala

25 dargestellt. Dabei zeigt sich für die teilnehmende Ärzteschaft auf Intensivstationen (N=34) ein relativ hoher arithmetischer Mittelwert von 7,18 bei einem Median von 7,00. Für die Pflegebelegschaft auf den Intensivstationen (N=126) ergibt sich im Mittel ein Wert von 7,87 bei einem Median von 8,00. Dem zufolge ist die grundsätzlich hohe Wichtigkeit von Fortbildungen im medizin- und pflegeethischen Bereich bei Mitarbeitern auf Intensivstationen in der Berufsgruppe der Pflegenden noch ausgeprägter.

Tabelle 25 Wichtigkeit medizin- und pflegeethischer Fortbildungen bei Pflegenden und Ärzten auf Intensivstationen

Beruf	N	Mittelwert	Median
Arzt/Ärztin	34	7,18	7,00
Pflegende	126	7,87	8,00
Gesamt	160	7,73	8,00

Stellt man die Angaben von Ärzten und Pflegenden getrennt nach Berufsgruppen in einem gruppierten Liniendiagramm wie in Grafik 8 gegenüber, fällt die grundsätzliche Tendenz der Pflegenden zu höheren Werten ab 7 ins Auge, während die Werte in der Ärzteschaft neben einem auffallenden Peak bei 10 eher im Mittelfeld um die Werte 5 bis 7 angesiedelt sind.



Grafik 8 Wichtigkeit medizin- und pflegeethischer Fortbildungen bei Pflegenden und Ärzten auf Intensivstationen

4.4.2. Häufigkeit ethischer Fortbildungsveranstaltungen

Wie im vorherigen Punkt 4.4.1 deutlich wurde, ist seitens der Mitarbeiter großes Interesse an medizin- und pflegeethischen Fortbildungen vorhanden. Um das Fortbildungsangebot optimal auf die Wünsche der Mitarbeiter abzustimmen, sollte jeder Befragte angeben, wie häufig und in welchem Ausmaß seiner Meinung nach Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden sollten. Dabei konnten in einer Tabelle des Fragebogens verschiedene

Kombinationen mit unterschiedlicher Dauer bzw. Veranstaltungsfrequenz ausgewählt werden. In Tabelle 26 sind die Häufigkeiten der gewählten Kombinationen in ihrer Anzahl (N) sowie in Prozentwerten (%) bezogen auf die Gesamtzahl der 163 Fragebogenteilnehmer dargestellt. Die drei mit Abstand am häufigsten gewählten Kombinationen sind darin fett markiert.

Tabelle 26 Wie oft sollte man Ihrer Meinung nach an einer medizin- und pflegeethischen Veranstaltung teilnehmen? (Mehrfachantworten möglich)

	Zwei-wöchentlich		Monatlich		¼ Jährlich		½ Jährlich		Jährlich	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Einstündige Veranstaltung	6	3,7	44	27,0	43	26,4	25	15,3	7	4,3
Dreistündige Veranstaltung	1	0,6	9	5,5	20	12,3	22	13,5	14	8,6
Halbtagesveranstaltung	2	1,2	1	0,6	10	6,1	26	16,0	26	16,0
Ganztagesveranstaltung	0	0	1	0,6	4	2,5	15	9,2	62	38,0
Mehrtagesveranstaltung	1	0,6	1	0,6	0	0	2	1,2	35	21,5

Mit 38,0% (N=62) war eine jährliche Ganztagesveranstaltung die am häufigsten gewählte Kombination. Daneben wurden auch kürzere, dafür häufigere Weiterbildungseinheiten mit deutlichem Abstand zu anderen Kombinationen angekreuzt. Einstündige Veranstaltungen in einem monatlichen (27,0%, N=44) bis vierteljährlichen (26,4%, N=43) Zyklus befanden viele Mitarbeiter für eine sinnvolle Option.

5. Diskussion

Die in der vorliegenden Arbeit an den Mitarbeitern der Intensivstationen des Universitätsklinikums Regensburg erhobenen Daten sollen nun in Zusammenschau mit den Daten anderer publizierter Studien verglichen und diskutiert werden.

5.1. Demographie des teilnehmenden Mitarbeiterkollektivs

Die Kohorte der teilnehmenden Mitarbeiter, auf der die Ergebnisse dieser Arbeit basieren, besteht zu über zwei Drittel (67,5%, N=110) aus weiblichen Mitarbeitern und zu 77,1% (N=126) aus Pflegenden. 73% sind in einem jungen bis mittleren Alter zwischen 20 und 39 Jahren. Über drei Viertel der Mitarbeiter (75,4%, N=123) haben mindestens 5 Jahre an Berufserfahrung, wobei mit 55,8% (N=91) über die Hälfte aller Fragebogenteilnehmer auf eine Berufserfahrung von 10 Jahren und mehr zurückschauen kann. Zusammenfassend repräsentieren die Ergebnisse, sofern nicht in spezielle Untergruppen getrennt, also vor allem die Meinungen von weiblichen Pflegepersonen jungen bis mittleren Alters, die bereits mehrere Jahre in ihrem Beruf tätig sind.

5.2. Ethische Belastungen des Intensivpersonals

Ethische Konflikte sind in der Intensivmedizin allgegenwärtig. Es wurden zahlreiche Bereiche identifiziert, die sowohl für Pflegende als auch für Ärzte auf Intensivstationen eine häufige Belastung in ihrem alltäglichen Arbeitsleben darstellen. Vor allem viele Pflegepersonen erleben bestimmte Konflikte sogar täglich und damit noch einmal deutlich häufiger als ihre ärztlichen Kollegen. Da sich die Angaben zur Häufigkeit vieler Konflikte zwischen den beiden Berufsgruppen in den meisten Bereichen aber nur gering unterscheiden, legen die Ergebnisse den Schluss nahe, dass es in der persönlichen ethischen Belastung am Arbeitsplatz zwischen Ärzten und Pflegenden mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede gibt. Ein vergleichbares Ergebnis erzielten auch *Gramelspacher et al.* [54], *Lindseth et al.* [56], *Oberle und Hughes* [50], *Sorta-Bilajac et al.* [53] und *Gaudine et al.* [6] in ihren Studien, die sich mit den ethischen Belastungen von Pflegenden und Ärzten auf Pflegestationen beschäftigten. Besondere Beachtung kommt dabei einer Mitarbeiterumfrage durch das *KEK der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)* [55] aus dem Jahr 2001 zu. Dabei wurden mit einem Fragebogen, welcher dem

unserer Studie in vielen Bereichen ähnlich ist, die Mitarbeiter aller Stationen zu ethischen Konflikten befragt. Diese Umfrage kommt ebenfalls zu einem ähnlichen Schluss und zeigt auch in weiteren Aspekten (s.u.) entsprechende Resultate. Auch in den Publikationen von *Söderberg und Norberg* [57] und *Çobanoğlu et al.* [58], die ihren Fokus rein auf Intensivstationen setzten, wurden viele Konfliktherde ausgemacht, die Pflege- und ärztliches Personal gleichermaßen belasten.

Wie in der Literatur bereits häufig beschrieben wurde, finden viele der ethischen Probleme im komplexen Themenfeld der *end-of-life* Versorgung ihren Ursprung [58]. Der bewusstlose Patient am Lebensende, dessen Willen nur gemutmaßt werden kann, und welcher nur noch durch lebensverlängernde Maßnahmen von einem Sterben in Würde abgehalten wird, ist für viele Mitarbeiter ein ethisches Schreckensgespenst und ein wahrer Nährboden für zahlreiche ethische Konflikte. Die von den Studienteilnehmern aus beiden Berufsgruppen mitunter am häufigsten gewählten Einzelbereiche „Unsicherheiten über den Patientenwillen (Selbstbestimmung)“, „Leben künstlich verlängern“, „Apparatemedizin“, „Wahrung der Patientenwürde“ und „Nichtakzeptieren eines Sterbeprozesses“ stellen allesamt belastende Faktoren dar, welche in der intensivmedizinischen Versorgung eines am Lebensende stehenden Patienten in hoher Wahrscheinlichkeit auftreten können. In ihrer Gesamtheit spiegeln sie die Komplexität der ethischen Belastung wieder, die sich dabei potenziell für jeden Beteiligten ergeben kann.

Einer dieser am häufigsten angegebenen Bereiche ist die Gefährdung der Selbstbestimmung des Patienten auf Grund eines nur unsicher bekannten Patientenwillens. Da Schätzungen zufolge weniger als 15% der Patienten auf Intensivstationen bis zu ihrem Lebensende entscheidungsfähig bleiben [59] und auch Patientenverfügungen bislang nur durch eine geringe Minderheit verfasst wurden (15% der Gesamtbevölkerung; 32% der über 70jährigen) [60], ist es nicht verwunderlich, dass sich für eine Vielzahl von Mitarbeitern Konflikte durch bestehende Unsicherheiten über den Patientenwillen ergeben. So berichten 72,1% der Pflegemitarbeiter auf den Erwachsenenintensivstationen, dass derartige Situationen wöchentlich bis täglich zu einer persönlichen ethischen Belastung führen. Diese Zahlen passen gut zu den Ergebnissen einer Studie von *Ulrich et al.*, in der sich 422 Pflegepersonen von amerikanischen Krankenhausstationen per Fragebogen zu ethischen Konflikten in ihrem Arbeitsalltag äußerten [32]. Dabei wurde die Nichtbeachtung der Patientenautonomie und die fehlende Möglichkeit des Patienten zur Zustimmung, wie es bei einem bewusstlosen Patienten ohne Patientenverfügung regelmäßig der Fall ist, von 61,3% als *häufige bis tägliche* Ursache für einen ethischen Konflikt angegeben, was in etwa unseren Angaben von *eher täglich bis eher wöchentlich* entspricht. Die zusätzlich um 10% höheren Werte in unserer Studie könnten auf die Spezialisierung auf Intensivstationen

zurück zu führen sein, wo im Gegensatz zu Pflegestationen der Anteil von Patienten bei fehlendem Bewusstsein noch größer ist. Auch auf Seiten der Ärzte, welche für die Entscheidung über das weitere therapeutische Vorgehen unmittelbar vom Patientenwillen abhängig sind [61], stellen Unsicherheiten ein häufiges Problem dar. Annähernd zwei Drittel der Ärzte (65,5%) auf Erwachsenenintensivstationen erlebten mindestens wöchentlich eine derartige ethische Belastung, davon mehr als ein Viertel (27,6%) sogar täglich.

Andere Facetten, die zur Komplexität des Themengebietes *end-of-life* beitragen, sind die zweifelhafte Wahrung der Menschenwürde des Patienten, sofern z.B. ein Sterbeprozess seitens der Therapeuten nicht akzeptiert wird oder das Leben nur noch auf künstliche Weise verlängert wird. Auch in diesen Bereichen ihres alltäglichen Berufslebens nehmen pflegerische und ärztliche Mitarbeiter ethische Konfliktsituationen in sehr ähnlicher Häufigkeit wahr. Die künstliche Lebensverlängerung wird von 63,4% der Pflegenden und sogar von 69,0% der Ärzte auf Erwachsenenintensivstationen täglich bis wöchentlich als belastend empfunden. Unter den Ärzten berichtet sogar jeder Fünfte (20,7%) von einer täglichen Belastung. Auch bereits in der mittlerweile 20 Jahre alten schwedischen Studie von *Söderberg und Norberg* stellen die „Übertherapierung“ anstatt einem Akzeptieren des Sterbeprozesses mit Therapiebegrenzung einen wesentlichen Belastungsfaktor für Pflegende und Ärzte auf Intensivstationen dar [57].

Die Anwendung hochtechnisierter medizinischer Apparate wie z.B. des Dialyse- oder Beatmungsgeräts, welche bei einer kurzfristigen künstlichen Lebensverlängerung unausweichlich ist, stellt trotz ihres bewährten Einsatzes auf Intensivstationen sowohl für Ärzte als auch für Pflegende eine bedeutende Quelle ethischer Konflikte dar [13]. In den von *Lindseth et al* durchgeführten Interviews berichteten sowohl Pflegende als auch Ärzte von einer Belastung durch den Einsatz von „advanced medical technology“, wobei Pflegende dabei vor allem Bedenken über die Würde des Patienten äußerten, während Ärzte eher durch die sich anschließende Lebensqualität beunruhigt waren [56]. In unserer Umfrage geben ungefähr die Hälfte (51,3% der Pflegenden, 46,5% der Ärzte) der intensivmedizinischen Mitarbeiter in der Erwachsenenversorgung eine tägliche bis wöchentliche Belastung durch den Einsatz von Apparatemedizin an und auch 4 der 5 teilnehmenden Kinderintensivmediziner empfinden solche in einer eher wöchentlichen Regelmäßigkeit als belastend. Darüber hinaus wird man durch das Festhalten an der scheinbar grenzenlosen Möglichkeit technischer Hochleistungsmedizin dazu verleitet, eine aktive Auseinandersetzung mit dem Tod des Patienten zu vermeiden um, sich als Mediziner die eigenen Grenzen nicht eingestehen zu müssen [15]. Beinahe die Hälfte der Pflegenden (45,9%) und über die Hälfte der Ärzte (51,7%) finden sich selbst täglich bis wöchentlich in der belastenden Situation wieder, den Sterbeprozess nicht einfach akzeptieren zu können.

Eine künstliche Lebensverlängerung bei infauster Prognose entspricht in vielen Fällen nicht dem Wunsch des Patienten und steht einem Sterben in Würde im Wege, sodass es wenig überrascht, dass sich bei den betreuenden Ärzten und Pflegenden Bedenken über die Wahrung der Menschenwürde eines Patienten entwickeln können. In unserer Studie berichten fast zwei Drittel beider Berufsgruppen (62,7% der Pflegemitarbeiter; 62,1% der Ärzte) von wöchentlichen bis täglichen Konflikten auf Grund einer fraglichen Wahrung der Patientenwürde. In besonderem Maße betrifft dies die Pflegemitarbeiter, denn beinahe jeder Dritte (32,7%) auf einer Erwachsenenintensivstation äußert eher tägliche Konflikte durch eine Gefährdung der Patientenwürde, wobei es bei Ärzten im Schnitt nur jeder fünfte (20,7%) ist. Sowohl *Lindseth et al.* als auch *Grundstein-Amado* berichten in ihren Publikationen, dass in erster Linie Pflegende großen Wert auf die Würde eines Patienten legen, während bei ihren ärztlichen Kollegen v.a. „härtere“ Kriterien wie Überleben, Outcome und Lebensqualität des Patienten eine tragende Rolle spielen [56,62]. Das Sterben in Würde wurde auch in der Studie von *Fernandes et al.* von vielen Intensivpflegenden als häufige Quelle ethischer Konflikte bestätigt [21]. Auch die Ergebnisse dieser Studie bestätigen den Intensivpflegenden eine deutlich höhere Sensibilität was ein potenzielles Nichtbewahren der Patientenwürde betrifft, doch auch bei Ärzten stellen Bedenken über die Würde des Patienten eine der zentralen ethischen Konflikte in der täglichen Versorgung von Intensivpatienten dar. Auch in der Mitarbeiterumfrage an der *Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)*, gehörten mehrere dieser *end-of-life* Konflikte v.a. in der Pflege zu den am häufigsten genannten Problembereichen. Sowohl die künstliche Lebensverlängerung und das Sterbenlassen eines Patienten, die Wahrung der Menschenwürde als auch Unsicherheiten über den Patientenwillen zählten in dieser Berufsgruppe mitunter zu den am häufigsten auftretenden Konflikten. Auch von Ärzten wurden Konflikte in Bezug auf das Lebensende eines Patienten häufig gewählt, doch im Gegensatz zu unserer Befragung führen in der Umfrage der *MHH* andere Arbeitsbereiche die Liste an. Die Aufklärung von Patienten und deren Angehörigen sowie die Aufteilung knapper Mittel stellen dort die häufigsten ethischen Konfliktsituationen dar [55]. Der unterschiedliche Belastungsschwerpunkt im Vergleich zu unserer Studie kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass sich unsere Studie rein mit ethischen Konflikten auf Intensivstationen befasste, wo sich Patienten deutlich häufiger an ihrem Lebensende befinden und dadurch für Ärzte und Pflegende derartige Konflikte in besonderem Maße relevant sind.

Neben den beschriebenen Problembereichen aus dem Feld der *end-of-life* Versorgung, können auch viele alltägliche Aufgaben auf einer Intensivstation zu einer enormen

ethischen Belastung heranwachsen. Pflegepersonen treten zwangsweise in intensiveren Kontakt mit wenigen, ihnen anvertrauten Patienten und verbringen den Großteil ihrer Arbeitszeit am Patientenbett, wobei Ärzte nur punktuellen Kontakt mit vielen Patienten, z.B. auf Visiten haben. Während Ärzte damit einzelnen Belastungssituationen leichter ausweichen können, stehen Pflegende dem Leiden der Patienten immerzu und unmittelbar gegenüber, wobei sie konkrete Situationen vor dem Hintergrund ethischer Überlegungen häufiger in Frage stellen [31,32]. In dieser Studie gibt fast ein Viertel der Pflegenden (23,4%) aller Intensivstationen an, allein den normalen, alltäglichen Umgang mit Patienten *täglich* als Belastung zu erleben. Im Vergleich dazu sind es unter den Ärzten nur 5,9%. In der Umfrage an der *MHH* stellt der alltägliche Umgang mit Patienten gleichermaßen einen zentralen Konfliktherd unter Pflegepersonen dar [55]. Auch die Kernaufgabe einer Pflegeperson, nämlich die Pflege der Patienten, führt zahlreiche Pflegemitarbeiter regelmäßig in einen ethischen Konflikt. Vor dem Hintergrund einer stetig wachsenden Qualitätsanforderung bei gleichzeitiger Ressourcen- und Kosteneinsparung haben insbesondere Intensivpflegepersonen häufig das Gefühl, nicht das Bestmögliche zur Pflege ihrer Patienten geleistet zu haben [32]. Über die Hälfte der Pflegenden der Erwachsenenintensivstationen (54,5%, N=60) berichten von täglichen bis wöchentlichen ethischen Problemen in der Pflege, sodass dieser Bereich sogar zu den fünf häufigsten ethischen Konfliktfeldern der Erwachsenenintensivmedizin gehört. Für Pflegepersonen der Kinderintensivstation stellen ethische Konflikte in der Pflege sogar die häufigsten ethischen Konflikte in ihrem Berufsalltag dar.

Insgesamt erleben viele Mitarbeiter auf Intensivstationen erhebliche ethische Belastungen in ihrem alltäglichen Beruf. Über die Hälfte (50,7%) aller Befragten beziffert das Ausmaß der alltäglichen Belastung durch die Summe aller ethischen Konflikte auf Intensivstationen auf einer numerischen Analogskala von 0 bis 10 mit einem Wert von 7 oder höher. Innerhalb der beiden Berufsgruppen wird das Belastungsniveau unterschiedlich stark empfunden. Während der Mittelwert der Gesamtheit 5,78 beträgt, geben Pflegende eine mittlere Belastung von 5,98 an. Bei Ärzten liegt der Mittelwert mit 5,15 deutlich niedriger. Dieser Werte sind vergleichbar mit den Ergebnissen einer Mitarbeiterumfrage an der *Medizinischen Hochschule Hannover*, welche im Jahr 2001 vom dortigen Klinischen Ethikkomitee durchgeführt wurde. Dabei resultierte für alle Fragebogenteilnehmer mit direktem Patientenkontakt (Pflegende, Ärzte) eine mittlere Belastung von 5,6. Vergleichbar mit unserer Umfrage tendierten auch in dieser Studie, welche sich nicht spezifisch mit Intensivstationen befasste, Pflegende zu höheren Belastungsangaben als ihre ärztlichen Kollegen [55]. Es zeigte sich, dass sowohl auf den Erwachsenenintensivstationen als auch

auf der Kinderintensivstation die mittlere Belastung der Pflegenden deutlich über den Werten der Ärzte liegt. Diese Beziehung wird auch von beiden Berufsgruppen interessanterweise ganz ähnlich eingeschätzt. Ärzte sprechen den Pflegenden eine höhere Wichtigkeit ethischer Punkte zu als sich selbst und auch Pflegepersonen schätzen sich selbst sehr ausdrücklich als die ethisch bewusstere Berufsgruppe ein. Auffallend ist die extrem geringe Wichtigkeit ethischer Gesichtspunkte, die fälschlicherweise von Pflegenden bei Ärzten vermutet wird, denn in der Selbsteinschätzung liegen die Werte der Ärzte unverkennbar höher. Die Umfrage an der *Medizinischen Hochschule Hannover* kam dabei wiederum zu ähnlichen Ergebnissen [55].

5.3. Ethische Fallberatung

Obwohl fast alle Pflegende (96,5%) und auch ein Großteil der Ärzte (75,6%) von der Möglichkeit der ethischen Fallberatung wissen und auch häufig ethischen Konflikten ausgesetzt sind, wurde das Angebot bisher nur selten auch wahrgenommen. Während immerhin mehr als zwei Drittel (68,5%) der Mitarbeiter bereits eine Ethische Fallberatung im eigenen Arbeitsbereich erlebten, haben nur 17,8% schon selbst eine initiiert bzw. nur 17,2% auch selbst an einer Fallberatung teilgenommen. Angesichts des nachgewiesenen hohen Aufkommens ethischer Konfliktsituationen sind diese Zahlen überraschend niedrig und lassen vermuten, dass im Falle eines konkreten Patientenfalls eher versucht wird, die persönliche Belastung auszuhalten und sich anderweitig Ansprechpartner zu suchen, anstatt eine ethische Fallberatung zu beantragen und die Konfliktsituation zu deeskalieren. Allgemein geben nur wenige Betroffene an, im Falle eines Konfliktes auch professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, denn die Mehrheit bevorzugt, sich an die nächsten Kollegen in der eigenen Berufsgruppe (96,3%) oder Personen aus dem Familien- und Freundeskreis (83,0%) zu wenden. Professionelle Seelsorger (24,8%), Beratungs- und Supervisionseinheiten (13,8%) oder das Klinische Ethikkomitee (32,0%) sind nur für eine Minderheit eine zufriedenstellende Option. Vergleichbare Ergebnisse wurden auch durch die Mitarbeiterbefragung an der *Medizinischen Hochschule Hannover* erzielt [55].

Um das Beratungsangebot zukünftig optimieren zu können, wurden alle Mitarbeiter zu ihren Vorstellungen einer ethischen Fallberatung befragt.

Es zeigte sich, dass zwar die Mehrheit der Befragten auch Patienten (85,9%), ggf. deren

gesetzlichen Vertretern (80,4%), sowie Angehörigen (86,3%) die Möglichkeit zur Antragstellung geben würden, allerdings halten weniger als drei Viertel auch deren Teilnahme an der ethischen Fallberatung für sinnvoll. Dabei sind v.a. Angehörige zur Bestimmung des mutmaßlichen Willens eines entscheidungsunfähigen Patienten unbedingt relevant [8,24]. Zweifelsohne ist es von maßgeblicher Bedeutung, dass der Wunsch des Patienten in die Entscheidungsfindung miteinfließt, doch ob der Patient oder seine Angehörigen wirklich an einer ethischen Fallberatung teilnehmen, sollte situationsabhängig entschieden und z.B. von der psychischen Belastbarkeit abhängig gemacht werden. Es empfiehlt sich jedoch immer, in einem Vorgespräch unter Medizinern die individuelle Diagnose, Prognose und Palette an Therapieoptionen zu beurteilen um im gemeinsamen Gespräch mit den Angehörigen nur indizierte Handlungsoptionen zu erwähnen und somit zusätzliche Verunsicherungen zu vermeiden [63]. Zusätzlich äußerten 19,6% (N=32) in einem freien Textfeld den Wunsch, auch geistliche Vertreter der Konfession des Patienten bzw. Seelsorger an einer ethischen Fallberatung teilnehmen zu lassen. Da diese Berufsgruppen durch ihre besondere Nähe zum Patienten wichtige ethische Aspekte einbringen können, stellen sie eine Kernkompetenz der Ethikberatung dar und sind auch innerhalb des Klinischen Ethikkomitees am Universitätsklinikum Regensburg durch feste Mitglieder vertreten. Dass die durch einen konkreten Patientenfall betroffenen Pfarrer und Seelsorger auf Station auch an einer ethischen Fallberatung teilnehmen sollten, ist daher nicht nur ein konsequenter, sondern auch ein sehr empfehlenswerter Schritt. Bezüglich des Ablaufs einer ethischen Fallberatung wurde deutlich, dass sich ein Großteil der Mitarbeiter nicht nur eine reine Moderation durch ein Mitglied des Klinischen Ethikkomitees, sondern vielmehr zusätzlich auch eine beratende Komponente wünscht. In einem moderierenden Gesprächsstil hält sich der Moderator eher im Hintergrund und versucht durch gezielte Nachfragen die Diskussion unter den Teilnehmern zu leiten und sie auf einen Weg der gemeinsamen Entscheidungsfindung zu bringen. Er leistet also sozusagen „Hilfe zur Selbsthilfe“, während ein Berater auch seine eigene Meinung in die Diskussionsrunde miteinbringt. Ein Berater verfügt auch über die Möglichkeit alternative Handlungsoptionen aufzuzeigen und vorgebrachten Argumenten verschiedene Gewichtung zu verleihen. Dadurch wird häufig der Dialog in der Gruppe angeregt und die Konsensfindung erheblich erleichtert [41,42,45]. Laut dieser Umfrage sprechen sich 86,2% der Mitarbeiter für eine Moderation durch ein Mitglied des KEK aus, allerdings erwartet sich auch fast jeder, dass der Moderator die Teilnehmer an einer ethischen Fallberatung aktiv unterstützt (97,5%) und verschiedene Perspektiven aufzeigt (93,0%), was eine reine Moderation deutlich übersteigt. Das Aussprechen klarer Empfehlungen spaltet die Mitarbeiter in zwei in etwa gleich große Hälften aus Befürwortern und Gegnern und zeigt

die polarisierende Wirkung dieser Thematik. Verständlicherweise ist man erleichtert, wenn belastende Entscheidungen durch klare Empfehlungen vereinfacht werden, doch ist vielmehr die selbstständige Erarbeitung einer Lösung Ziel des Prozessmodells der ethischen Fallberatung, da dies auch eine längerfristige Stärkung der moralischen Kompetenz des Einzelnen nach sich zieht [42,45,64]. Das Fehlen eines solchen gemeinsamen Erarbeitungsprozesses stellt eine der Kehrseiten eines Ethikkonsildienstes durch externe, speziell ausgebildete, Fachpersonen dar, denn während einzelne Ethikspezialisten durch ihre intensive Ausbildung zwar für eine hohe Professionalität ihrer Entscheidung garantieren können, bleibt der gemeinsame Weg aller Beteiligten zur Lösung eines Konfliktes auf der Strecke. Deshalb werden im Sinne eines solchen Liaisondienstes ausgesprochene Lösungsansätze auch nur schwer von allen Beteiligten akzeptiert und können, wenn überhaupt, nur bei entsprechend guter Institutionalisierung zur Konfliktlösung beitragen [42]. Eine demgegenüber eher ablehnende Haltung zeigt sich auch unter den Pflegenden und Ärzten dieser Umfrage, denn während fast jeder erwartet, dass Therapieziele und konkrete weitere Schritte in einer Fallberatung besprochen und aufgezeigt werden, spricht sich die Mehrheit (57,9%) gegen eine bindende Vorgabe von weiteren Schritten (wie z.B. in einem Konsiliarmodell der Fall) aus.

Ein naheliegender Kompromiss wäre also eine Kombination aus Moderation und Beratung, indem die Diskussion in erster Linie durch die Teilnehmer der ethischen Fallberatung, vorerst exklusive Moderator geführt wird und dieser die Gruppe nur durch gezielte Rückfragen auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung hinlenkt. Spätestens bei einem Abkommen vom eigentlichen Gesprächsthema oder einem Festfahren der Diskussion sollte der Moderator aktiv eingreifen. Um sicherzustellen, dass auch alle Perspektiven berücksichtigt werden, sollte der Moderator die noch fehlenden Sichtweisen und Argumente einbringen und abschließend gemeinsam mit allen Gesprächsteilnehmern mögliche Lösungen besprechen. Auf diese Weise haben alle Beteiligten die Möglichkeit, sich aktiv einzubringen und am Prozess des „*shared-decision-making*“, also der gemeinsamen Entscheidungsfindung, mitzuwirken um im Idealfall einen kollektiven Konsens mit Empfehlungscharakter zu finden.

Aus vielerlei Gründen ist eine ausreichende Dokumentation der im Rahmen einer Fallberatung gemeinsam beschlossenen Ergebnisse unabdingbar. Neben der Qualitätssicherung des Beratungsprozesses, einer gewissen Absicherung der Entscheidungsträger in Rechtsfragen kann durch eine Abheftung der Dokumentation in der Krankenakte des Patienten auch die Kenntnisnahme aller weiteren beteiligten Personen sichergestellt werden. Außerdem können anonymisierte Dokumentationsberichte von

vorausgegangen Ethischen Fallberatungen auch in der Ausbildung von Ethikberatern und der Fortbildung von Mitarbeitern eine wichtige Rolle einnehmen [5,34,41,46].

Zur weiteren Qualitätssicherung hat es sich außerdem bewährt, wenn der Antragsteller einige Zeit nach einer Ethischen Fallberatung ein schriftliches Feedback abgibt und so den Beratungsprozess evaluiert. Auf diese Weise kann das Angebot kontinuierlich verbessert werden [34].

5.4. Ethische Fortbildungen

Die Organisation von ethischen Fortbildungsveranstaltungen stellt neben ethischen Fallberatungen und dem Erstellen von Leitlinien einer der Hauptaufgaben eines Klinischen Ethikkomitees dar [39,40]. Durch regelmäßige Fortbildungen können die ethischen Kernkompetenzen der Mitarbeiter deutlich erhöht werden, was sowohl den Umgang mit als auch die Lösung von ethischen Konfliktsituationen deutlich erleichtert [21,41]. Die Weiterentwicklung von Sensibilität, Argumentation und Entscheidungskompetenz kann dazu führen, dass viele ethische Probleme bereits selbstständig auf Station gelöst werden können, was längerfristig eine Entlastung der Ethikberatungsinstitutionen bedeutet [39,40]. In dieser Umfrage zeigte sich, dass seitens der Mitarbeiter großer Bedarf an Fortbildungen zu medizin- und pflegeethischen Themen besteht. Auf einer numerischen Analogskala von 0 bis 10 bildeten sich sowohl für Ärzte (7,18) als auch für Pflegende (7,87) Mittelwerte im oberen Bereich (Gesamt 7,73). Die am häufigsten gewählte Kombination war mit 38,0% eine ganztägige Veranstaltung einmal im Jahr, außerdem wurden einstündige Veranstaltungen monatlich (27,0%) bis vierteljährlich (26,4%) favorisiert. Eine Kombination von häufigeren kurzen Fortbildungen und Tagesblöcken in größerem Abstand könnte ein solides ethisches Grundwissen unter den Mitarbeitern schaffen und gleichzeitig auf aktuelle und spezielle Themen eingehen. Dadurch wird die ethische Kompetenz eines jeden einzelnen gezielt gefördert und eine „gemeinsame Sprache“ geschaffen, die eine interpersonelle Auseinandersetzung mit ethischen Konflikten erleichtert [4].

5.5. Limitationen und Ausblick

Diese Studie beinhaltet einige Limitationen, die sie in manchen Bereichen in ihrer allgemeingültigen Aussagekraft einschränken und weitere Untersuchungen erfordern. Es stellte sich heraus, dass im Bereich der Kinderintensivmedizin die Konfliktschwerpunkte in

anderen Arbeitsbereichen begründet liegen und die Belastung im Vergleich zur Erwachsenenintensivmedizin als noch stärker empfunden wird. Die geringe Gruppengröße der Fragebogenteilnehmer aus der Kinderintensivstation (14 Pflegende, 5 Ärzte) lässt allerdings keine allgemeingültigen Schlüsse zu, was zur Folge hat, dass deren Ergebnisse nur richtungsweisend interpretiert werden können. Es wäre sehr interessant, eine Mitarbeiterbefragung auf mehreren deutschen Kinderintensivstationen mit einer größeren Teilnehmerzahl durchzuführen, um genaueren Einblick in die tatsächlichen Belastungsverhältnisse in diesem speziellen Feld der Intensivmedizin zu bekommen. Außerdem wurden in dieser Studie zwar die Häufigkeiten bestimmter ethischer Konflikte und das Ausmaß der ethischen Gesamtbelastung erfragt, nicht jedoch die Schwere der einzelnen Konflikte. Dies wäre noch nötig, um die Konfliktsituationen besser zu verstehen, da natürlich nicht davon ausgegangen werden kann, dass die häufigsten Konflikte gleichzeitig die schwersten sind.

6. Zusammenfassung

In dieser Studie sollten die persönlichen Belastungen ärztlicher und pflegerischer Mitarbeiter der Intensivstationen durch ethische Konflikte im Arbeitsalltag anhand eines Fragebogens genauer analysiert werden. Außerdem standen deren bisherige Erfahrungen mit ethischen Fallberatungen, die Erwartungen an ebensolche und das allgemeine Interesse an ethischen Fortbildungsveranstaltungen im Blickpunkt des Interesses. Die Umfrage zeigt, dass Pflegende und Ärzte auf Intensivstationen persönliche ethische Belastungen am Arbeitsplatz sehr ähnlich erleben. In beiden Berufsgruppen stehen viele Konflikte mit dem Lebensende eines Patienten in Verbindung, in der vorliegenden Arbeit unter dem Oberbegriff „*end-of-life*“ zusammengefasst. Diese Situation umfasst eine Vielzahl an potentiellen ethischen Konfliktherden, welche in der beruflichen Praxis von medizinischem Personal eine ernsthafte Relevanz haben. Neben Unsicherheiten über den Willen eines nicht einwilligungsfähigen Patienten stellen die künstliche Lebensverlängerung und die zweifelhafte Wahrung der Menschenwürde die am häufigsten erlebten Konflikte in der Intensivmedizin dar. Während für Ärzte zusätzlich das Nichtakzeptieren eines bereits begonnenen Sterbeprozesses einen zentralen Konfliktherd darstellt, stehen viele

Pflegepersonen bereits in ihrem alltäglichen Umgang mit Patienten und deren Pflege sehr häufig vor ethischen Konflikten. Die resultierende ethische Gesamtbelastung nimmt für beide Berufsgruppen ein beträchtliches Ausmaß an und wird vor allem von Pflegepersonen als sehr belastend empfunden. Es scheint, dass im Bereich der Kinderintensivmedizin andere Konfliktherde dominieren, welche als noch belastender empfunden werden. Aufgrund der geringen Mitarbeiterzahl der Kinderintensivstation sollten diese Ergebnisse aber in weiteren Studien untersucht werden. Die meisten Mitarbeiter suchen im Falle eines Konfliktes innerhalb der eigenen Berufsgruppe oder im Familien- und Freundeskreis nach Rat und sehen in professionellen Beratungseinrichtungen keine wirkliche Alternative. Dies spiegelt sich auch in der bisher geringen Erfahrung der Mitarbeiter mit ethischen Fallberatungen in der Vergangenheit wieder. Nach Angaben der meisten Befragten sollte der Leiter einer Fallberatung, in der Regel ein Mitglied des Klinischen Ethikkomitees, dabei den reinen Moderationsstil verlassen und auch eine beratende Komponente miteinfließen lassen. Die Entscheidungsfindung innerhalb der Diskussionsrunde soll aktiv unterstützt werden, verschiedene Handlungsoptionen und Perspektiven genau erläutert und gefallenen Argumenten aus ethischer Sichtweise Gewicht verliehen werden. Das direkte Aussprechen klarer Empfehlungen durch den Gesprächsleiter polarisiert die Gruppe der Befragten in zwei in etwa gleich große Lager von Befürwortern bzw. Gegnern, die bindende Vorgabe weiterer Schritte am Ende einer Fallberatung wird aber von der Mehrheit abgelehnt. Ein weiterer positiver Effekt einer ethischen Fallberatung ist neben der Lösung des akuten Konfliktes auch die längerfristige Stärkung von ethischen Kompetenzen unter den einzelnen Mitarbeiter. Dieser Effekt lässt sich durch gezielte Fortbildungen zu medizin- und pflegeethischen Themen noch weiter verstärken, wonach seitens der Mitarbeiter offensichtlich großer Bedarf besteht. Da viele der Befragten neben intensiveren Ganztagesveranstaltungen in größerem Abstand auch kürzere, dafür häufigere, Termine favorisierten, bietet sich eine Kombination aus diesen beiden Varianten an. Auf diese Weise können neben der Vermittlung ethischen Basiswissens in intensiven jährlichen Veranstaltungen auch aktuelle Entwicklungen und Patientenfälle in kleinen Weiterbildungsblöcken zeitnah besprochen werden.

Als Fazit kann also gezogen werden, dass es sich lohnt, eine stärkere Bekanntmachung der Möglichkeit einer ethischen Fallberatung unter den Mitarbeitern anzustreben, um sie auch im klinischen Alltag besser zu integrieren und häufiger zur Anwendung zu bringen.

7. Literaturverzeichnis

- [1] Schweitzer A. Kulturphilosophie. 83rd ed. München: Beck; 2007. (Beck'sche Reihe; vol 1150)
- [2] Maio G. Ethik in der Medizin - eine praxisbezogene Einführung. In: Salomon F, editor. Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.; 2009. p. 1–18
- [3] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6th ed. New York: Oxford University Press; 2009
- [4] Bein T, Graf B. Ethische Fallberatung in der Intensivmedizin. Anaesthesist 2012;61:6–13
- [5] Scheffold N, Paoli A, Kleine M, Kern M, Böhringer S, Schmücker I et al. Empfehlung zum „Verzicht auf Wiederbelebung“. Med Klin 2008;103:43–6
- [6] Gaudine A, LeFort SM, Lamb M, Thorne L. Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. Nurs Ethics 2011;18:9–19
- [7] Dörries A. Ethik im Krankenhaus. In: Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J, editors. Klinische Ethikberatung: Ein Praxisbuch. 2nd ed. Stuttgart: Kohlhammer; 2010. p. 13–23
- [8] Janssens U. Ethik in der Intensivmedizin [Editorial]. Intensivmed 2010;47:9–10
- [9] Jox RJ. Bewusstlos, aber autonom? Ethik Med 2004;16:401–14
- [10] Scheffold N, Paoli A, Gross J, Riemann U, Hennersdorf M. Ethikvisite auf der Intensivstation. Med Klin Intensivmed Notfmed 2012;107:553–7
- [11] Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2060: 12. koordinierte Bevölkerungsvorrausberechnung [Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin]; 2009
- [12] Bagshaw SM, Webb SAR, Delaney A, George C, Pilcher D, Hart GK et al. Very old patients admitted to intensive care in Australia and New Zealand: a multi-centre cohort analysis. Crit Care 2009;13:R45
- [13] Siep L. Ethische Fragen in der Intensivmedizin. Der Anaesthesist 2001;50:506–10
- [14] Rabe M. Ethische Reflexion und Entscheidungsfindung in der intensivmedizinischen Praxis. In: Salomon F, editor. Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.; 2009. p. 29–39
- [15] Bardenheuer H. Ethische Fallberatung in der Intensivmedizin. Anaesthesist 2012;61:5
- [16] Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. Critical Care Medicine 2008;36:953–63

- [17] Papadimos T, Tripathi R, Rosenberg A, Maldonado Y, Kothari D. An overview of end-of-life issues in the intensive care unit. *Int J Crit Illn Inj Sci* 2011 [cited 2012 Apr 13];1:138–46
- [18] Nagel E. Ethische und rechtliche Fragen der Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik. Konferenzraum München; 2012. (Schutz des ungeborenen Lebens im Kontext moderner pränataler Diagnostik) [cited 2013 Apr 12]. Available from:
URL:http://www.hss.de/fileadmin/media/downloads/Berichte/Praesentation_Nagel.pdf
- [19] Mißbeck A. Die große Mühe, Vertrauen aufzubauen [Leitartikel zur Organspende]. *Ärzte Zeitung online* 2013 [cited 2013 Nov 8]. Available from:
URL:<http://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=845218&pid=839471>
- [20] Le Ker H. Transplantation: Spendeausweis wegwerfen ist keine Lösung. *Spiegel Online* 2012 [cited 2013 Nov 8]. Available from:
URL:<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/organspende-transplantationen-muessen-staatlich-kontrolliert-werden-a-849402.html>
- [21] Fernandes MI, Moreira IM. Ethical issues experienced by intensive care unit nurses in everyday practice. *Nursing Ethics* 2013;20:72–82. Bereits elektronisch publiziert am 22.08.2012 auf <http://nej.sagepub.com/content/20/1/72>
- [22] Sprung CL. End-of-Life Practices in European Intensive Care Units: The Ethicus Study. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2003;290:790–7
- [23] Jannsens U, Graf J. Angehörigenkonferenz. *Intensivmed* 2010;47:35–42
- [24] Jannsens U, Burchardi H, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Mohr M et al. Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin: Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. *DIVI - Mitgliederzeitschrift der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)* 2012;3:103–7
- [25] Erbguth F. Zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge. *Anaesthesist* 2012;61:521–8
- [26] Deutscher Bundestag. Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts; 2009
- [27] Winkler EC. Ist ein Therapieverzicht gegen den Willen des Patienten ethisch begründbar? *Ethik Med* 2010;22:89–102
- [28] Hick C. *Klinische Ethik*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2007
- [29] Burchardi H, Nauck F. Unsichere Entscheidungsgrundlagen für den Intensivmediziner. In: Deutsch E, Ahrens H, editors. *Medizin und Haftung: Festschrift für Erwin Deutsch zum 80. Geburtstag*. Berlin: Springer; 2009. p. 43–57
- [30] Jox R, Winkler E, Borasio G. Änderung des Therapieziels am Lebensende: Effekte einer Klinik-Leitlinie. *Dtsch med Wochenschr* 2012;137:829–33
- [31] Salomon F. Leben erhalten und Sterben ermöglichen: Entscheidungskonflikte in der Intensivmedizin. *Anaesthesist* 2006;55:64–9
- [32] Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M et al. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *J Adv Nurs* 2010;66:2510–9

- [33] Bein T. Ethische Grenzsituationen in der chirurgischen Intensivmedizin - Bedeutung einer ethischen Fallberatung. *Zentralbl Chir* 2011;136:113–7
- [34] Bauer AW. Das Klinische Ethik-Komitee (KEK) im Spannungsfeld zwischen Krankenhaus-Zertifizierung, Moralpragmatik und wissenschaftlichem Anspruch. *Wien Med Wochenschr* 2007;157:201–9
- [35] Kettner M. Ethik-Komitees. Ihre Organisationsformen und ihr moralischer Anspruch. *Erwägen Wissen Ethik* 2005;16:3–16
- [36] Slowther AM, McClimans L, Price C. Development of clinical ethics services in the UK: a national survey. *Journal of Medical Ethics* 2012;38:210–4
- [37] UKCEN Clinical Ethics Network. Clinical Ethics Committees: A brief introduction to CECs and clinical ethics support [cited 2013 Mar 15]. Available from: URL:<http://www.ukcen.net/index.php/committees/introduction>
- [38] Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V., Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V., editors. *Ethik-Komitee im Krankenhaus: Erfahrungsberichte zur Einrichtung von Klinischen Ethik-Komitees*. Freiburg: Druckerei Rebholz 1999
- [39] Neitzke G. Ethik im Krankenhaus: Funktion und Aufgaben eines Klinischen Ethikkomitees [Beilage *Ethik in der Medizin* (84)]. *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 2003;58:175–8
- [40] Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Ethikberatung in der klinischen Medizin (24. Januar 2006). *Deutsches Ärzteblatt* 2006;103:A1703–A1707
- [41] May AT. Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens: Wird die Versorgungsqualität positiv beeinflusst? *Forum - Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.* 2011;26:14–6
- [42] Salomon F, editor. *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin*. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.; 2009
- [43] Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD. Impact of ethics consultations in the intensive care setting: a randomized, controlled trial. *Crit. Care Med.* 2000;28:3920–4
- [44] Gilmer T, Schneiderman LJ, Teetzel H, Blustein J, Briggs K, Cohn F et al. The Costs Of Nonbeneficial Treatment In The Intensive Care Setting. *Health Affairs* 2005;24:961–71
- [45] Neitzke G. Aufgaben und Modelle von Klinischer Ethikberatung. In: Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J, editors. *Klinische Ethikberatung: Ein Praxisbuch*. 2nd ed. Stuttgart: Kohlhammer; 2010. p. 58–75
- [46] Fahr U, Herrmann B, May AT, Reinhardt-Gilmour A, Winkler EC, AG „Ethikberatung im Krankenhaus“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM). Empfehlungen für die Dokumentation von Ethik-Fallberatungen. *Ethik Med* 2011;23:155–9

- [47] Klinisches Ethikkomitee des Klinikums der Universität Regensburg. Geschäftsordnung des Klinischen Ethikkomitees des Klinikums der Universität Regensburg; 2007
- [48] Scheirton LS. Determinants of hospital ethics committee success. HEC Forum 1992;4:342–59
- [49] Mobasher M, Nakhaee N, Tahmasebi M, Zahedi F, Larijani B. Ethical issues in the end of life care for cancer patients in iran. Iran. J. Public Health 2013;42:188–96
- [50] Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. J Adv Nurs 2001;33:707–15
- [51] St Ledger U, Begley A, Reid J, Prior L, McAuley D, Blackwood B. Moral distress in end-of-life care in the intensive care unit: RESEARCH PROTOCOL. J Adv Nurs 2012
- [52] Walker RM, Miles SH, Stocking CB, Siegler M. Physicians' and nurses' perceptions of ethics problems on general medical services. J Gen Intern Med 1991;6:424–9
- [53] Sorta-Bilajac I, Bazdaric K, Brozovic B, Agich GJ. Croatian physicians' and nurses' experience with ethical issues in clinical practice. Journal of Medical Ethics 2008;34:450–5
- [54] Gramelspacher GP. Perceptions of Ethical Problems by Nurses and Doctors. Arch Intern Med 1986;146:577
- [55] Klinisches Ethikkomitee der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Ethik in der Patientenversorgung: Ergebnisbericht der Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der MHH; 2001 [cited 2013 Apr 8]. Available from: URL:http://www.mh-hannover.de/fileadmin/zentrale_einrichtungen/klinisches_ethik_komitee/downloads/befragung.pdf
- [56] Lindseth A, Marhaug V, Norberg A, Udén G. Registered nurses' and physicians' reflections on their narratives about ethically difficult care episodes. J Adv Nurs 1994;20:245–50
- [57] Söderberg A, Norberg A. Intensive care: situations of ethical difficulty. J Adv Nurs 1993;18:2008–14
- [58] Çobanoğlu N, Alger L. A Qualitative Analysis of Ethical Problems Experienced By Physicians and Nurses in Intensive Care Units in Turkey. nurs ethics 2004;11:444–58
- [59] Nava S. Ethics, attitude and practice in end-of-life care decision: an European perspective. Monaldi Arch Chest Dis 2004;61:50–7
- [60] Institut für Demoskopie Allensbach. Pflege in Deutschland - Ansichten der Bevölkerung über Pflegequalität und Pflegesituation: Ergebnisse einer Repräsentativbefragung im Auftrag der Marseille Kliniken AG; Juli 2009 [cited 2013 Mar 25]. Available from: URL:<http://www.marseille-kliniken.de/pdf/presse/Allensbach-Studie.pdf>
- [61] Borasio G, Heßler H, Wiesing U. Patientenverfügungsgesetz: Umsetzung in der klinischen Praxis. Deutsches Ärzteblatt 2009;106:A1952-A1957
- [62] Grundstein-Amado R. Differences in ethical decision-making processes among nurses and doctors. J Adv Nurs 1992;17:129–37

- [63] Vollmann J. Ethische Falldiskussionen. In: Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J, editors. *Klinische Ethikberatung: Ein Praxisbuch*. 2nd ed. Stuttgart: Kohlhammer; 2010. p. 87–115
- [64] Lo B. Answers and questions about ethics consultations. *JAMA* 2003;290:1208–10

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Beschäftigte Pflegemitarbeiter und Ärzte an den Intensivstationen des Universitätsklinikums Regensburg (Stand Juli 2012)	15
Tabelle 2	Rücklauf der Fragebögen unter Pflegenden und Ärzten	17
Tabelle 3	Geschlechterverteilung der Fragebogenteilnehmer	18
Tabelle 4	Altersverteilung der Fragebogenteilnehmer	19
Tabelle 5	Berufserfahrung der Fragebogenteilnehmer	20
Tabelle 6	Arbeitsbereiche mit ethischen Konflikten für die Pflegenden aller sechs Intensivstationen	25
Tabelle 7	Arbeitsbereiche mit ethischen Konflikten für die Ärzte	26
Tabelle 8	Vergleich der Arbeitsbereiche mit ethischen Konflikten zwischen Pflegenden und Ärzten der Erwachsenen-Intensivstationen	27
Tabelle 9	Vergleich der Arbeitsbereiche mit ethischen Konflikten bei Pflegenden auf den Erwachsenen-Intensivstationen und der KUNO-Kinder- Intensivstation	28
Tabelle 10	Vergleich der Arbeitsbereiche mit ethischen Konflikten bei Ärzten auf den Erwachsenen-Intensivstationen und der KUNO-Kinder- Intensivstation.....	29
Tabelle 11	Die fünf meistgewählten Bereiche mit täglichen bis wöchentlichen ethischen Belastungen bei Pflegenden und Ärzten auf den Erwachsenen- und der Kinder-Intensivstation	30
Tabelle 12	Vergleich der ethischen Konfliktbereiche aus dem Feld der <i>end-of-life issues</i> unter Pflegenden und Ärzten auf Erwachsenenintensivstationen	31
Tabelle 13	Vergleich der Mittelwerte (Mediane) zum Ausmaß der Belastung durch ethische Konflikte	33
Tabelle 14	Ansprechpartner bei persönlichen ethischen Konflikten.....	34
Tabelle 15	Bekanntheitsgrad der ethischen Fallberatung unter den Pflegenden und Ärzten der einzelnen Intensivstationen	36
Tabelle 16	Persönliche Erfahrungen mit ethischen Fallberatungen.....	37
Tabelle 17	Wer sollte an einer ethischen Fallberatung teilnehmen?	38

Tabelle 18	Welche weiteren, in Tabelle 17 nicht aufgeführten, Berufsgruppen sollten an einer ethischen Fallberatung teilnehmen?	39
Tabelle 19	Wer sollte eine ethische Fallberatung initiieren können?	40
Tabelle 20	Welche weiteren, in Tabelle 19 nicht aufgeführten, Berufsgruppen sollten eine ethischen Fallberatung initiieren können?	41
Tabelle 21	Welche Informationsquellen sollten für eine ethische Fallberatung herangezogen werden?	42
Tabelle 22	Welche Rolle sollte das KEK im Rahmen einer ethischen Fallberatung einnehmen?	43
Tabelle 23	Was soll eine ethische Fallberatung Ihrer Meinung nach leisten können?	44
Tabelle 24	Wem/In welcher Form sollte das Ergebnis einer ethischen Fallberatung mitgeteilt werden?	45
Tabelle 25	Wichtigkeit medizin- und pflegeethischer Fortbildungen bei Pflegenden und Ärzten auf Intensivstationen.....	46
Tabelle 26	Wie oft sollte man Ihrer Meinung nach an einer medizin- und pflegeethischen Veranstaltung teilnehmen?	48

9. Grafikverzeichnis

Grafik 1	Bevölkerung nach Altersgruppen.....	3
Grafik 2	Altersverteilung der Fragebogenteilnehmer	19
Grafik 3	Ausmaß der Belastung durch ethische Konflikte.....	32
Grafik 4	Vergleich der mittleren Belastung durch ethische Konflikte von Pflegenden und Ärzten auf Erwachsenen- und Kinderintensivstationen.....	33
Grafik 5	Selbst- und Fremdeinschätzung der Wichtigkeit ethischer Gesichtspunkte unter Pflegenden und Ärzten auf Intensivstationen im Vergleich	35
Grafik 6	Bekanntheitsgrad der ethischen Fallberatung unter den Pflegenden und Ärzten der einzelnen Intensivstationen.....	36
Grafik 7	Bewertungsskala.....	46
Grafik 8	Wichtigkeit medizin- und pflegeethischer Fortbildungen bei Pflegenden und Ärzten auf Intensivstationen.....	47

10. Anhang

10.1. Fragebogen



Universitätsklinikum
Regensburg

Postanschrift: Klinikum der Universität, 93042 Regensburg
Hausanschrift: Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg

KLINISCHES ETHIKKOMITEE
Arbeitskreis Fallberatung

An alle Mitarbeiter der Intensivstationen

Uniklinik Regensburg

Regensburg, den 22. Mai 2012

Sehr geehrte Mitarbeiter,

Das Klinische Ethikkomitee (KEK) der Uniklinik Regensburg bietet seit 2008 eine Ethische Fallberatung an. Um dieses Angebot weiter zu verbessern, wollen wir Sie mit diesem Fragebogen zu Ihrer Haltung gegenüber diesem Angebot befragen. Diese Umfrage ist von Vorstand und Personalrat des Uniklinikums genehmigt.

Bitte geben Sie Ihren Fragebogen spätestens **bis Freitag, 13.07.2012** in der vorbereiteten Box ab.

Der Fragebogen wird anonym ausgewertet.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme

Das klinische Ethikkomitee

Professor Dr. Thomas Bein
Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees

I. Fragen zur Ethik in Ihrem Arbeitsbereich

1. Ist Ihnen bekannt, dass es eine Ethische Fallberatung im Haus gibt?

ja ☐ nein ☐

2. In welchen Arbeitsbereichen erleben Sie persönlich ethische Konflikte?

	eher täglich	eher wöchentlich	eher monatlich	seltener	nie
Aufklärung von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärung von Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweigepflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alltäglicher Umgang mit Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsicherheiten über den Patientenwillen (Selbstbestimmung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrung der Menschenwürde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ethische Probleme in der Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medizinische Forschung / Studien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transplantation (Organspende/Organvergabe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparatemedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufteilung knapper Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualität der medizinischen Versorgung (z.B. Behandlungsfehler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit psychisch kranken Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit verwirrten Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leben künstlich verlängern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtakzeptieren eines Sterbeprozess	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sonstige, nämlich:

3. Worin bestehen/bestanden ethische Konflikte? (bitte frei formulieren)

4. Wie stark belasten Sie diese ethischen Konflikte persönlich in Ihrem Arbeitsbereich?

keine Belastung sehr starke Belastung

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

... von Ärztinnen/Ärzten?

sehr unwichtig sehr wichtig

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja, wie oft? _____

Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja, wie oft? _____

Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja, wie oft? _____

8a. Wer sollte an einer Ethischen Fallberatung teilnehmen?

	Ja	Nein
Stationsärztin/ Stationsarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leitende Ärzte/ Oberärztin/ Oberarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegepersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegerische Leitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Klinikmitarbeitende (wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesetzliche Betreuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8b. Wer sollte eine Ethische Fallberatung initiieren können?

	Ja	Nein
Stationsärztin/ Stationsarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leitende Ärzte/ Oberärztin/ Oberarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegepersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegerische Leitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Klinikmitarbeitende (wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesetzliche Betreuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Welche Informationen sollten für eine Ethische Fallberatung herangezogen werden?

	Ja	Nein
Die relevanten medizinische Befunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die relevanten pflegerischen Befunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die relevanten sozialen, lebensgeschichtlichen und religiösen Befunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die persönlichen Meinungen der nächsten Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Patientenverfügung, bzw. Aussagen zum mutmaßlichen Willen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Welche Rolle sollte das Klinische Ethikkomitee (KEK) im Rahmen einer Ethischen Fallbesprechung einnehmen?

	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
Moderieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfestellung bei Entscheidungsfindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschiedene Perspektiven aufzeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klare Empfehlung zum Therapieabbruch geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klare Empfehlung zur Fortführung der Therapie geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Was soll Ihrer Meinung nach eine Ethische Fallberatung leisten können?

	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
Eine Standortbestimmung vornehmen, in dem Sinne: „Wo stehen wir jetzt mit der Therapie?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieziele abklären und die Frage: „Was machen wir, wenn es dem Patienten besser geht?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieziele abklären und die Frage: „Was machen wir wenn es dem Patienten schlechter geht?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klären, was im Notfall, z.B. bei einer Reanimation gemacht wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konkrete weitere Schritte besprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konkrete weitere Schritte durch die Berater vorgeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiteres: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Dokumentation und Kommunikation

Wem / In welcher Form sollte das Ergebnis einer Ethischen Fallbesprechung mitgeteilt werden? (Mehrfachantworten möglich)

	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
Ärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation in der Abteilung für Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation in der Rechtsabteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation in der Krankenakte des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Ethische Fortbildung

13. Wie wichtig ist Ihnen die Fortbildung zu medizin- und pflegeethischen Themen?

unwichtig sehr wichtig

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

14. Wie oft sollte man Ihrer Meinung nach an einer medizin- und pflegeethischen Veranstaltung teilnehmen? (Mehrfachantworten möglich)

	2 wöchentlich	Monatlich	¼ Jährlich	½ Jährlich	Jährlich
Einstündige Veranstaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dreistündige Veranstaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halbtagesveranstaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganztagesveranstaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrtagesveranstaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Angaben zur Person

Alter: ☐ <20 ☐ 20-29 ☐ 30-39 ☐ 40-49 ☐ 50 und älter

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Beruf: ☐ Arzt/Ärztin ☐ Pflegender

Jahre im Beruf: ☐ 0-4 Jahre ☐ 5-9 Jahre ☐ 10 Jahre und mehr

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme! 😊

10.2. Lebenslauf

Der Lebenslauf des Autors ist nicht Bestandteil dieser öffentlichen Version.

10.3. Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als den angegebenen Hilfsmitteln angefertigt habe.

Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe des Literaturzitats gekennzeichnet. Die im Methodenteil und in der Danksagung aufgeführten Personen haben mir in der jeweils beschriebenen Weise unentgeltlich geholfen.

Weitere Personen waren an der inhaltlich-materiellen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Niemand hat von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Diese Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Regensburg, den 17.11.2014

.....

Tobias Kagerl

Danksagung

Zunächst möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Bernhard Graf für die Möglichkeit der Promotion am Lehrstuhl für Anästhesiologie bedanken.

Mein herzlicher Dank gebührt Herrn Prof. Dr. Thomas Bein für die Überlassung des Dissertationsthemas und die herausragende Betreuung während der Entstehung dieser Arbeit. Die stets zügige und unkomplizierte Beantwortung all meiner Fragen und Anliegen sowie Deine freundliche Hilfsbereitschaft waren vorbildlich und erleichterten den Entstehungsprozess dieser Arbeit ungemein.

Herrn Prof. Dr. Bernd Salzberger möchte ich ganz herzlich für die Übernahme der Stelle als Zweitbegutachter danken.

Für die Optimierung des Fragebogens hinsichtlich statistischer Auswertbarkeit und der Hilfestellung bei statistischen Fragen möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Michael Koller und Herrn Florian Zeman vom Zentrum für klinische Studien am Universitätsklinikum Regensburg bedanken.

Mein Dank gebührt allen ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern der Intensivstationen des Universitätsklinikums Regensburg, die sich für die Beantwortung des Fragebogens Zeit genommen haben und somit diese Arbeit erst ermöglichten.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meiner Familie für die uneingeschränkte und immerwährende Unterstützung - nicht nur während der Entstehung dieser Arbeit, sondern während meines gesamten Medizinstudiums – von ganzen Herzen bedanken. Insbesondere möchte ich mich bei meiner Mutter bedanken, die es mir überhaupt erst ermöglichte zu studieren und die mir immer mit Rat und Tat zur Seite steht. Ihr ist diese Arbeit gewidmet.